

## Anmelde- / Gesundheitsbogen

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Tel. Privat / Tel. Mobil \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Zusatzversicherung vorhanden?

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepass?

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?

Haben Sie Gerinnungsstörungen?

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?

Haben Sie Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis B/C, HIV)?

Haben Sie Diabetes?

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?

Leiden Sie unter Migräne / häufigen Kopfschmerzen?

Haben Sie grünen Star?

Haben / hatten Sie eine Tumorerkrankung ?

Haben Sie Osteoporose ?

Haben Sie Asthma?

Sind Sie Raucher?

Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? \_\_\_\_\_ Woche

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?

Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?

Haben Sie Zahnfleischprobleme?

Sonstiges?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

*Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.  
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!*

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Hildesheim, den \_\_\_\_\_ (Unterschrift)