

Anmelde - / Gesundheitsbogen

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

Geburtsort: _____
Tel. Privat: _____
Tel.Mobil: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Mail: _____
Versicherung: _____

Zusatzversicherung vorhanden? ☐
Rechnung per E-mail ☐ per Post ☐
Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ☐

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Gibt es aktuelle (2-3 Jahre alt) Röntgenbilder ?

Wo können diese angefordert werden? _____

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? ☐

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 _____