

Anmeldungsbogen

Telefon

Name Vorname geboren

Straße, Hausnummer Ort

E-Mail Beruf

Krankenkasse Zahnzusatzversicherung

Sind Sie Versicherungsnehmer? Ja Nein
Wenn „Nein“ bitte Namen und Geburtsdatum des Versicherten

Möchten Sie Ihre Kostenvoranschläge und Rechnungen zukünftig gerne papierlos per E-Mail erhalten? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wann war ihr letzter Besuch beim Zahnarzt?

Wann wurde zuletzt ein Röntgenbild ihrer Zähne angefertigt?

Wurde Ihre letzte Zahnbehandlung abgeschlossen? Ja Nein

Weshalb kommen Sie zur Behandlung

Bestehen zur Zeit Schmerzen? Ja Nein

Wünschen Sie den Ersatz fehlender Zähne? Ja Nein

Stört Sie das Aussehen Ihrer Zähne? Ja Nein

Wünschen Sie Aufklärung zu einem speziellen Thema? Ja Nein

Bitte Blatt wenden

Allgemeine Fragen zu Ihrer Gesundheit

Name und Anschrift des Hausarztes

Nehmen Sie regelmäßig Medikamenten? Wenn „Ja“, welche?

Liegt / lag folgende Erkrankung vor

- | | | |
|---|--|---|
| Diabetes | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher oder Herzklappenersatz | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Nehmen Sie Medikamente die die Blutgerinnung beeinflussen, also „Blutverdünner“ | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Eines der folgenden? | ASS, Lixiana, Elequis, Ribaroxaban, Marcumar | |
| Blutdruck | Niedrig <input type="radio"/> | Normal <input type="radio"/> Hoch <input type="radio"/> |
| Asthma | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Rheuma | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Erkrankungen der Niere? (z.B. Nierensteine) | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Erkrankungen der Leber? (z.B. Hepatitis) | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Tuberkulose | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Epilepsie/Anfallsleiden | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Andere Infektionskrankheiten (z.B. HIV) | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Suchterkrankungen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| (z.B. Rauchen, Alkohol oder „harte“ Drogen?) | | |

Datum

Unterschrift