

Zahnarztpraxis Dr. Manfred Hornbach, Tübingen

Anmeldebogen zur Neuaufnahme

Name:

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

	JA	NEIN
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? (Namen und Anschrift des Arztes bitte angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie unter Herz-, Kreislaufstörungen? (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Bypassoperation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muß Ihr Blut verdünnt werden oder bluten Sie lange nach Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie je eine Tumorbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zuckerkrank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Magen-Darmprobleme, z.B. ein Magengeschwür?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Allergien, Asthma oder hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion auf Medikamente, Spritzen, Materialien oder Nahrungsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Depressionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Angst vor einer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientinnen: <input type="checkbox"/> Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift