

Anmeldeformular für Patienten



Kieferpraxis Neuss

Dr. Walter Kaiser / Milena Hopp, MSc.*

Frau Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Bereits vereinbart Wird vereinbart

Terminvereinbarung

Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

Versicherter / (Bei Minderjährigen Name + Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Name des Arztes

Selbstversichert bei: Über Ehemann Über Ehefrau Über Elternteil

Krankenversicherung

Name / Vorname / Geb.-Datum:

Haben oder hatten Sie jemals Erkrankungen an:

Haben oder hatten Sie jemals:

- Ja Nein
- Herz/Herzklappen
- Kreislauf
- Blut
- Leber
- Nieren
- Schilddrüse
- Magen-Darm-Trakt
- Gelenken
- Andere Erkrankungen?
- Welche? _____
- _____

- Ja Nein
- Hohen Blutdruck
- Zahnfleischbluten
- Zucker (Diabetes)
- Fallsucht (Epilepsie)
- Gelbsucht (Hepatitis)
- Grüner Star
- Allergien
- Welche? _____
- _____
- _____

Sind Sie zur Zeit schwanger? Ja Nein

Monat? _____

Sind Sie zur Zeit in Behandlung? Ja Nein

Wo? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche? _____

Leiden Sie an Infektionskrankheiten? Ja Nein

An welchen? _____

Frühere Röntgenuntersuchungen oder Bestrahlungen? Ja Nein

Bitte Art und Datum _____

Neigen Sie zu Blutungen? Ja Nein

Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Besuches unserer Praxis möglichst genau:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Über Veränderungen meiner Angaben innerhalb des Behandlungszeitraumes werde ich Sie umgehend informieren.

Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, mindestens 24h vorher, wenn Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können.

Mir ist bekannt, dass ich nach einem operativen Eingriff kein KFZ führen darf.

Ich stimme der elektronischen Erfassung meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung zu.

Ja Nein

Datum

Unterschrift