

Anmeldeformular für Patienten



Kieferpraxis Neuss

Dr. Walter Kaiser | Dr. Daniela Oedingen, MSc.*

☐ Frau ☐ Herr

Name

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Terminvereinbarung

☐ Bereits vereinbart

☐ Wird vereinbart

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:

Ja Nein

☐ ☐ Herz/Herzklappen

☐ ☐ Kreislauf

☐ ☐ Blut

☐ ☐ Leber

☐ ☐ Nieren

☐ ☐ Schilddrüse

☐ ☐ Magen-Darm-Trakt

☐ ☐ Gelenken

☐ ☐ Andere Erkrankungen?

Welche? _____

Haben oder hatten Sie jemals:

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?

☐ ☐

Wo? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ☐

Welche? _____

Leiden Sie an Infektionskrankheiten?

☐ ☐

An welchen? _____

Frühere Röntgenuntersuchungen
oder Bestrahlungen?

☐ ☐

Bitte Art und Datum _____

Neigen Sie zu Blutungen?

☐ ☐

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