

Dr. Michael Hundertmark / Daniel Moinzadeh

Patientenanmeldung

PATIENT _____
 Name Vorname Geburtsdatum

ANSCHRIFT _____
 Straße PLZ/ ORT Telefon

BERUF _____ **HAUSARZT** _____

VERSICHERUNG gesetzlich privat Zahnzusatzversicherung

WIR BENÖTIGEN FOLGENDE ANGABEN:	JA	NEIN
Herz-/ Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		
Infektionskrankheiten (Hepatitis A / B / C / HIV / Andere)	<input type="checkbox"/>	
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		

GRUND IHRES BESUCHES/ HABEN SIE EINEN BERATUNGSWUNSCH (z.B. professionelle Zahnreinigung, Bleaching, Zahnersatz, Behandlung unter Vollnarkose)

Datum: _____

Unterschrift: _____