Dr. Thomas Regelein
Zahnarzt / Gutachter gemäß der Gutachterordnung der BLZK
Nürnberger Straße 1-3 - 91217 Hersbruck
Telefon: 0 91 51/ 49 47 - Telefax: 0 91 51/ 7 14 25

Anmeldebogen mit Anamnese

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen **vollständig** auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch für sich bzw. Ihren Angehörigen in die elektronische Datenvereinbarung in unserer Praxis gemäß dem Merkblatt "Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO" ein. Das Merkblatt wird Ihnen zur Einsicht ausgehändigt, auf Wunsch erhalten Sie einen Ausdruck.
Für Ihre gewissenhafte Mitarbeit möchten wir uns herzlich bei Ihnen bedanken!

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
_____
Tel. Privat: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
_____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
pflichtversichert: ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____
_____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja / nein

Wer hat uns empfohlen? _____
Hausarzt: _____

<u>Bestehen gesundheitliche Risiken? Bitte unterstreichen</u>

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?Welche:_____

Haben Sie eine Allergie?	ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislauferkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis B oder Hepatitis C?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Haben Sie Epilepsie ?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	ja / nein Woche

Ich bestätige, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und Änderungen meiner Daten und meines Gesundheitszustandes unverzüglich weiterzugeben.

_____