

Gemeinschaftspraxis für Zahnheilkunde  
Dr. med. dent. Tobias Fischer  
Henrik Werner  
Dr. med. dent. Manfred O. Werner  
Sohrab Salehi

Hauptstrasse 17 · 63128 Dietzenbach  
Telefon 06074 - 29201 · info@praxis-fischer-werner.de · www.praxis-fischer-werner.de

## Anmeldeformular

Patient (Name, Vorname):

geboren am:

Versicherter (Name, Vorname):

geboren am:

Anschrift: Strasse / Nr.

Wohnort:

Telefon:

Email:

Beruf:

Arbeitgeber:

Tel. Arbeitgeber

Ich bin privat zusatzversichert

Krankenversicherung:

Gesundheitsfragen: Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen so fragen Sie unsere Helferinnen.

Leiden Sie an	Ja / Nein		Ja / Nein
1.) <b>Herz- oder Kreislauferkrankungen</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9.) Tragen Sie einen <b>Herzschrittmacher</b> ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.) <b>Asthma?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10.) Nehmen Sie z.Zt. <b>Medikamente</b> ein?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.) <b>Bluterkrankungen?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?	_____
4.) <b>Diabetes?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5.) <b>Grünem Star?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11.) Bestehen <b>Allergien</b> ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.) <b>Schilddrüsenleiden?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wogegen?	_____
7.) <b>Leberleiden</b> (Gelbsucht / Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12.) Haben Sie <b>Zahnfleischbluten</b> ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.) <b>HIV / AIDS?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13.) Sind Sie <b>schwanger</b> ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Besitzen Sie ein Bonusheft? Ja  Nein

Fragen / Anregungen:

Datum

Unterschrift