

# Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

**Patient** .....  
Name ..... Vorname ..... geb. ....

**Mitglied** .....  
Name ..... Vorname ..... geb. ....

**Anschrift** .....  
Straße ..... Telefon, privat .....

.....  
PLZ ..... Ort .....

**Krankenkasse** .....

**Beruf** .....

**Arbeitgeber** ..... Telefon:.....

**Hausarzt** .....

**Zahnarzt** .....

## Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an akuten oder chronischen  
Erkrankungen des Kreislaufs (Herz): .....

Infektionskrankheiten  
(Hepatitis, Tbc, HIV+, Aids, usw.) .....

Innere Krankheiten  
(Diabetes, Osteoporose, usw.) .....

Überempfindlichkeit gegen (Medikamente,  
Materialien) .....

Schwangerschaft ..... ja // nein wenn ja ..... Monat

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ..... ja // nein

Wenn ja - welche Medikamente .....

blutverdünnende Medikamente .....

Sonstiges (z.B. Infusionen ) .....

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? .....

Wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der Behandlung, personenbezogene Daten (Name, Adresse, Gesundheitsdaten) erhoben und gespeichert werden. Die gespeicherten Daten werden im Einzelfall nur weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (gesetzliche Kranken- bzw. Unfallversicherung) oder die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist. Die „Information zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.

**Datum**.....

**Unterschrift**.....