



DR. MED. NICOLA WORTMANN
Praxis für Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie

Anmeldung

(Bitte vor der Behandlung ausfüllen und abgeben)

Patient

Herr/Frau/Kind

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Geburtsort _____

Anschrift

Straße _____ Hausnummer _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Mobil _____

Mitglied / Zahlungspflichtiger (falls nicht Patient)

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift

Straße _____ Hausnummer _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Mobil _____

Beruf des Mitglieds

Name der Krankenkasse

Zahnarzt

Name _____ Ort _____

Hausarzt

Name _____ Ort _____

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben ankreuzen bzw. eintragen.

Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Rauchen (wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Erkrankung des Herzens (ggf. wann?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	
<input type="checkbox"/> Bybass	<input type="checkbox"/> Künstl. Herzklappe	
<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> Angina pectoris	
Gerinnungsstörungen (auch bei Blutsverwandten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Gerinnungshemmende Medikamente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/> ASS/Aspirin	<input type="checkbox"/> Macumar	
<input type="checkbox"/> Plavix/Iscover/Clopidogrel/andere		
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Hepatitis A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/> Dialyse		
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Skelettsystem/Knochen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Künstl. Gelenke	
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> andere	
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Depressionen	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Muskelerkrankungen	
Tumorerkrankungen (ggf. wann und wo?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Behandlung mit Bisphosphonaten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Regelmäßige Medikamenteneinnahme (ggf. Liste vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Allergische Reaktionen (ggf. Allergiepass vorlegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Medikamentenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/> Penicillin	<input type="checkbox"/> Schmerzmittel	
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/> ungewiss		
Sonstige Angaben / andere Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben

Unna, den

Unterschrift