



Vertrauen durch Perfektion

Hohenstaufenstraße 9
40545 Düsseldorf-Oberkassel

Tel 0211/17159750
Fax 0211/17159751

www.za-eins.de
praxis@za-eins.de

Anmeldebogen mit Anamnese

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:

Tel. Privat:
Emailadresse:
Beruf:
Arbeitgeber, Ort:

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

Tel. Arbeitsplatz:
Krankenkasse:
pflichtversichert: ja nein

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? ja nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche?

	ja	nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? welche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben sie Gerinnungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit bekannt (HIV, Hepatitis B oder C)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Stoffwechsel-Erkrankung (Diabetes, Schilddrüse, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie grünen Star?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wissen Sie, ob Sie schnarchen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja welche?		

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

- Kontrolle
- Zahnschmerzen
- Beratung

Wer hat uns empfohlen?

Wir möchten Sie hiermit darauf hinweisen, dass bei fehlender kurzfristiger Absage (innerhalb von 48 Stunden vor dem Termin) ein Ausfallhonorar von 200,- Euro pro Stunde in Rechnung gestellt werden kann.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem / Newsletter teilzunehmen. Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis jederzeit widerrufen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Düsseldorf, den
.....