



Anmeldung



walter • robert •

martini
ZAHNARZTPRAXIS

straubinger straÙe 1
94363 oberschneiding
09426/8528844

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Telefon privat*: _____ Handy*: _____

Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung*: ja nein

Falls mitversichert, bei wem: _____

(Name, Geb. Datum, Anschrift)

Beruf*: _____ beschtigt bei*: _____

Beihilfeberechtigt*: _____ empfohlen durch*: _____

*freiwillige Angabe

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (Typ____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erhhter Augeninnendruck (Glaukom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt/-insuffizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergie (welche_____)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Frhere Operationen (Kopf)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankung (Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwangerschaft (Frauen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche: _____

Sonstige Erkrankungen _____

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Wiederbestellservice (Recall) an, damit Sie Ihre regelmäßigen Vorsorgetermine nicht vergessen und so Zahn-/Zahnbetterkrankungen frühzeitig erkannt werden.

Ich möchte diesen kostenlosen Service gerne in Anspruch nehmen: ja nein

Ihre Angaben unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und der rztl. Schweigepflicht. Kenntnisnahme bestätigt und für die Richtigkeit der gemachten Angaben zeichnet:

Datum _____ Unterschrift _____