



## Anmeldebogen für Neupatienten

*Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte nehmen sie sich Zeit, diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Falls sie gesundheitliche Probleme haben, möchten wir sie bitten, dies zu vermerken, um eventuelle Risiken bei der Behandlung vermeiden zu können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten sich im Laufe der Zeit, in der sie in unserer Praxis betreut werden, Änderungen ergeben, bitten wir sie, uns diese umgehend mitzuteilen.*

### Patient:

Name:..... Hausarzt/Telefon:.....  
Vorname/Titel:..... Telefon privat:.....  
Straße:..... Handy:.....  
PLZ/Ort:..... Email:.....  
Geb.-Datum:.....  
Beruf/ Arbeitgeber:.....  
Krankenkasse:.....

### Hauptversicherter: (falls nicht dieselbe Person)

Name:.....  
Vorname/ Titel:.....  
Straße:.....  
PLZ/Ort:.....  
Geb.-Datum:.....  
Beruf/ Arbeitgeber:.....

### Wie sind Sie auf unsere Praxis gekommen ?

- Empfehlung
- Internet
- Telefonbuch
- Gelbe Seiten
- Sonstiges: .....



## Angaben zum Gesundheitszustand

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben :  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des  
Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt!

### Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten ?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt               | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall              | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen   |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler   | <input type="checkbox"/> Asthma/ Lungenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion  |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz   | <input type="checkbox"/> Diabetes/ Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen        | <input type="checkbox"/> Immunschwäche (HIV)       |
| <input type="checkbox"/> Herzoperationen     | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen         | <input type="checkbox"/> Hepatitis                 |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis        | <input type="checkbox"/> Rheuma                    | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum              |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: .....     |  |  |

Frauen: Schwangerschaft:  ja  nein Falls ja, welcher Monat ? Allergien:

.....

Medikamenten-Unverträglichkeiten: .....

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein ? .....

.....

Sind bei ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden ?  ja  nein

Wenn ja, wann ? .....

Bei Zahnarzt.....Tel:.....Ort.....

Dr. med. dent. Adolf Gross  
Marko Schilling  
Gemeinschaftspraxis



Berliner Str. 7/1  
71034 Böblingen  
Tel: 07031 25943

**Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Wir bitten Sie herzlich, Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, möglichst 1-2 Tage vorher abzusagen. Nicht rechtzeitige abgesagte Termine können in Rechnung gestellt werden.  
Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.*

*Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift. Ihre Daten werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes.*

.....  
(Datum, Unterschrift)