



Kreuzstr. 3-5 · 47198 Duisburg

Tel.: 0 20 66-99 75 0 · Fax: 0 20 66-99 75 75

praxis@dr-klotz.info · www.dr-klotz.info

## Anmeldebogen

Liebe Patienten,

für die Behandlung beim Zahnarzt können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen.

	Patient	Hauptversicherter
Name:		
Vorname:		
Geboren am:		
Krankenkasse / Versicherung:		
Straße, Hausnr.:		
PLZ, Ort:		
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Telefon privat:		
Telefon beruflich:		
eMail:		

Ich wurde überwiesen. Name der Praxis:

Die Praxis wurde mir persönlich empfohlen von:

Über die Suche im Internet bin ich auf die Praxis aufmerksam geworden.

Für mich waren die Patienten-Bewertungen im Internet entscheidend.

Ich habe die Praxis über ein Branchenverzeichnis ausgewählt (z. B. Gelbe Seiten)

Sonstiges:



Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Lungenerkrankung (Asthma, TBC, Bronchitis)	nein	ja	welche:
Allergien	nein	ja	welche:
Blutdruck	niedrig	normal	hoch ggf. Werte:
Diabetes	nein	ja	
Herz- und Kreislaufstörungen	nein	ja	
Herzerkrankungen (Herzklappen, Herzinfarkt etc.)	nein	ja	wann:
Schlaganfall	nein	ja	wann:
Rheuma	nein	ja	wann:
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS etc.)	nein	ja	
Nervenerkrankungen (Epilepsie, psychische Erkrankung)	nein	ja	
Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion?)	nein	ja	
Osteoporose (Medikamente?)	nein	ja	welche:
Nasennebenhöhlenentzündungen	nein	ja	
Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	nein	ja	welche:
Neigen Sie zu Nachblutungen?	nein	ja	
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	nein	ja	welche:
Nehmen Sie laufend Medikamente ein?	nein	ja	welche:
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	nein	ja	Woche:
Rauchen Sie?	nein	ja	Zigaretten am Tag:

Was ist der Grund Ihres Besuches? Haben Sie Wünsche oder Erwartungen?


Für einen reibungslosen Praxisablauf - ohne längere Wartezeiten - ist es wichtig, dass Sie Ihre Termine genau einhalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, geben Sie und bitte drei Tage vorher Bescheid.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass ich Informationen aus der Praxis von Dr. Detlef Klotz erhalten möchte (z.B. über Mailings und Newsletter) und dass meine Kontaktdaten dafür verwendet und zur Organisation des Versands an Dritte (Mailing-Dienstleister) weitergegeben werden dürfen.

Datum und Unterschrift

