

Zahnarztpraxis Zur Abtei Zahnarzt Olav Kohlhaase
Zur Abtei 35 - 50859 Köln, Telefon: 0221-48 49 884 - Telefax: 0221-48 49 894

Anmeldebogen (Krankengeschichte)

Name:	_____	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
Vorname:	_____	mitglied sind, <u>wer ist Versicherter?</u>
Geb.datum & -ort:	_____	Name: _____
Adresse:	_____	Vorname: _____
	_____	Geburtsdatum: _____
Tel. Privat:	_____	Tel. Handy: _____
E-Mail:	_____	
Beruf(d.Versicherten)	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?
Arbeitgeber, Ort: (Versicherter)	_____	Name: _____
	_____	Adresse: _____
Tel. Arbeitsplatz:	_____	
Krankenkasse:	_____	Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen
pfl.versichert:	ja / nein	Dienstes? ja / nein

Wie oder durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam gemacht? _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja, welche _____

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	_____	ja O / nein O
Besitzen Sie einen Allergie-Pass?		ja O / nein O
Haben Sie eine Penicillinunverträglichkeit?		ja O / nein O
Haben Sie Gerinnungsstörungen?		ja O / nein O
Nehmen Sie Blutverdünner ? Marcumar?		ja O / nein O
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?		ja O / nein O
Blutdruck: O normal O niedrig O hoch	evtl. Werte: _____	
Sind Sie HIV positiv?		ja O / nein O
Haben Sie Hepatitis O A, O B oder O C ?		ja O / nein O
Haben Sie Diabetes?		ja O / nein O
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?		ja O / nein O
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?		ja O / nein O
Leiden Sie unter Migräne?		ja O / nein O
Haben Sie grünen Star?		ja O / nein O
Haben Sie eine Prostataerkrankung?		ja O / nein O
Haben Sie Asthma?		ja O / nein O
Leiden Sie unter Rheuma?		ja O / nein O
Haben Sie ein Anfallsweises (Epilepsie)?		ja O / nein O
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche _____	ja O / nein O

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung? _____

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?		ja O / nein O
Wann fand die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich statt?	_____	
Besitzen Sie einen Röntgenpass?		ja O / nein O

Möchten Sie von uns an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden? ja O / nein O
Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

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

Köln, den _____

Unterschrift Patient