

IHRE ANMELDUNG

Angaben für Ihr Krankenblatt

JEGGLE ZEIDLER

PRAXISKLINIKEN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Patienten	Vorname	geb. am

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Versicherten	Vorname	geb. am

Anschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon / Mobil	E-Mail

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hauszahnarzt	Hausarzt

Krankenkasse

Zur Verhütung von Komplikationen bitten wir um folgende Angaben:

Herz-/Kreislaufkrankungen	Infektiöse Erkrankungen	Allergien bzw. Unverträglichkeiten
hoher Blutdruck <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Hepatitis <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Lokalanästhesie <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
niederer Blutdruck <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tuberkulose <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Antibiotika (Penicillin, ...) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzklappenfehler <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	HIV positiv <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schmerzmittel (Aspirin, ...) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzinfarkt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Allergie-Paß <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Sojamilch <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzoperation <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		Erdnuss <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (z.B. Herzkreislauf, Markumar, Aspirin, Bisphosphonate?)

Chronische Erkrankungen (z.B. Rheuma, Niereninsuf., Dialysepflicht?)

Frühere Operationen

Anfallsleiden (Epilepsie) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Drogenabhängigkeit <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Asthma / Lungenerkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Nierenerkrankung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutgerinnungsstörungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Leberkrankheiten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüsenunter- / -überfunktion <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Ohnmachtsneigung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes / Zuckerkrankheit <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schlaganfall / Lähmungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Geschwüre <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schwangerschaft <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Osteoporose <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Bitte Folgeseite beachten!

WICHTIGE INFO

WIR BITTEN UM KENNTNIS- NAHME & BESTÄTIGUNG

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass die mit Ihnen vereinbarten Behandlungstermine bindend sind. Für Ihre Behandlung halten wir speziell diese Zeitspanne frei. Deshalb bitten wir Sie, diese Termine unbedingt einzuhalten.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass bei Nichteinhalten eines fest vereinbarten Termins für Sie ein Ausfallhonorar in Höhe von 100 EUR / pro angefangene 30 min. entsteht, nach Grundlage des §§615/280 BGB.

Informationen zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar oder unter www.jeggle-zeidler.de/datenschutz abrufbar.

, den:

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter