

## ANMELDEFORMULAR

Das Praxisteam von Frau Dr. med. dent. Kristiane van Keuck heißt Sie herzlich willkommen!

### Patient

Name

Vorname

geb. am

### Mitglied

Name

Vorname

geb. am

### Anschrift

Straße Hausnummer

PLZ Ort

Versichert bei

Beruf / Arbeitgeber

Telefon privat

Telefon beruflich

Ich möchte an den nächsten  
Kontroll- /Prophylaxetermin  
regelmäßig erinnert werden:

- per Post
- per E-Mail
- per Telefon
- Nein, Danke

Um die für Ihre Behandlung geeigneten Behandlungsverfahren  
und Medikamente auswählen zu können, bitten wir Sie um  
Beantwortung der folgenden Fragen.

**Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

**Ja    Nein**

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im  
Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden?

Waren Sie in den letzten Jahren  
in ärztlicher Behandlung oder im  
Krankenhaus?

Nehmen Sie regelmäßig  
Medikamente ein?  
Wenn ja, welche:

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente  
empfindlich/allergisch?  
Wenn ja, welche:

Besteht eine Schwangerschaft?  
Wenn ja, im            Monat

Leiden Sie an:

- Herz-/Kreislaufkrankungen
  - Ohnmachtsneigung
  - Blutgerinnungsstörung/-erkrankungen
  - Leberkrankheiten
  - Asthma
  - Schilddrüsenerkrankungen
  - Rheuma
  - Diabetes (Zucker)
  - Glaukom (erhöhter Augendruck)
  - HIV (Aids)
  - Infektionskrankheiten,  
wie Hepatitis (Gelbsucht), Tbc, o.a.
  - Anfallsleiden (Epilepsie)
  - Allergien
- wenn ja, welche:

Sonstige Erkrankungen:

Hilden, den

Unterschrift