



Dr. med. dent. Walter M. Eggerath

Dr. med. dent. Jobst W. Eggerath MDS

Lehrbeauftragter der Universität Witten-Herdecke
Spezialist für Parodontologie (DGP)

► Anmeldeformular

Bitte sorgfältig ausfüllen und unterschrieben mitbringen.

Seite 1 / 2

Patient, Name	<input type="text"/>
Patient, Vorname	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/>
Versicherter, Name	<input type="text"/>
Versicherter, Vorname	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigter
geboren am	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/> <input type="text"/>
Telefon, privat	<input type="text"/>
Telefon, geschäftlich	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Beihilfe
Krankenkasse	<input type="text"/>
Mitgliedsnummer	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Arbeitgeber	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>
Adresse Hausarzt	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Besitzen Sie ein Bonusheft? ja nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? ja nein

Haben Sie Interesse an individueller Prophylaxe zusätzlich zur Kassenleistung? ja nein

Sind Sie mit einer halbjährlichen schriftlichen Benachrichtigung (Recall) einverstanden? ja nein

Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen. Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Alle von mir gegebenen Auskünfte auf dem beigefügten Anamnesebogen (Seite 2) sind wahrheitsgemäß.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Erftstadt, den _____

Unterschrift



Dr. med. dent. Walter M. Eggerath

Dr. med. dent. Jobst W. Eggerath MDS

Lehrbeauftragter der Universität Witten-Herdecke
Spezialist für Parodontologie (DGP)

► Anmeldeformular: Anamnese-Fragebogen

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen. Unkorrekte Antworten können die Therapie und Ihre Gesundheit gefährden!

Seite 2 / 2

Allgemeine Gesundheit, leiden Sie an...

Details / Beschreibung

Infektionskrankheiten? (Hepatitis, AIDS, TBC, etc.) ja nein

Herz-Kreislaufkrankungen? ja nein

Blutgerinnungsstörungen oder Bluterkrankungen? ja nein

Allergien? ja nein

Arzneimittelüberempfindlichkeit? ja nein

Nierenerkrankung/Insuffizienz? ja nein

Lebererkrankung? ja nein

Magen & Darmerkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Osteoporose? ja nein

Diabetes mellitus? (Zuckerkrankheit) ja nein

Falls ja – sind Sie insulinpflichtig? ja nein

Epilepsie? (Anfallskrankheit) ja nein

Asthma? ja nein

Blutungsstörungen / Nachbluten? ja nein

Nervenerkrankung? ja nein

Genetischen Erkrankungen? ja nein

Sonstigen Erkrankungen? ja nein

Sind oder waren Sie drogenabhängig? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

1-10 Zigaretten/Tag 10-20 Zigaretten/Tag mehr als 20 pro Tag

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Falls ja – welche? (Medikamentenname und Dosis)

Ich lege eine Liste der Medikamente und Dosis bei.

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Haben Sie Herzschrittmacher/künstliche Herzklappe? ja nein

Haben Sie ein Organtransplantat? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Woche: Entbindungstermin:

Mundgesundheit

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Falls ja, wie lange schon?

Leiden Sie häufiger an Zahnfleischbluten? ja nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? ja nein

Haben Sie lockere Zähne? ja nein

Wie oft und wie lange putzen Sie Ihre Zähne?

Benutzen Sie:

Zahnbürste Interdentalbürsten elektrische Zahnbürste