

PATIENTENAUFNAHME

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,



DR. MED. DENT.
P. ANSCHÜTZ
ZAHNARZT
HAUPTSTR. 349
51143 KÖLN
PORZ CENTRUM
TEL. 02203/54994
FAX: 02203/591208
E-MAIL:
zahnarzt@dr-anschuetz.de
INTERNET:
www.dr-anschuetz.de

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____
Straße _____ Nr. _____ Telefon _____
Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse _____
Mitglieds-Nr. _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____
Telefon _____

Anschrift Arbeitgeber _____
Straße _____ Nr. _____ Ort _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herz): _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, Aids usw.): _____

Innere Krankheiten (Diabetes usw.): _____

Arzneimittelüberempfindlichkeit: _____

Schwangerschaft: ja / nein wenn ja – welcher Monat

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein: ja / nein

Wenn ja – welche: _____

Sonstiges: _____

Hausarzt: _____

Empfohlen / überwiesen durch: _____

Letzte Röntgenuntersuchung: _____

Ich bitte um Aufnahme in das Recall-System (Erinnerungsschreiben zur halbjährlichen
Kontrolluntersuchung für Erwachsene bzw. Prophylaxebetreuung für Kinder) Ja Nein

Bitte verlangen Sie die Patienteninformation: Recall-System

Datum _____ Unterschrift _____

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