



# Anmeldebogen:

Liebe Patientin, lieber Patient!

Dr. med. dent. Horst Gillich  
Zahnarzt

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.  
Damit Ihre Behandlung nach Ihren Wünschen und auf  
Ihren Gesundheitszustand angepasst erfolgen kann,  
benötigen wir Ihre nachstehenden Informationen.

- Sie sind zum ersten Mal in unserer Praxis
- Sie sind bereits Patient in unserer Praxis und möchten uns über Ihre  
gesundheitlichen Veränderungen informieren.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum des Versicherten: \_\_\_\_\_  
(nur bei Familienversicherungen)

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wurden oder werden Sie wegen einer der folgenden Krankheiten behandelt?

Blutgerinnung / verdünnende Medikamente	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N	Herz- oder Kreislauferkrankungen	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Diabetes	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N	Immunschwäche (z.B. Leukämie, HIV)	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Rheuma	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N	Lebererkrankungen	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Epilepsie	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N	Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose)	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Allergien?  J  N Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?  J  N Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nur für Frauen: Sind Sie schwanger?  J  N

Bitte informieren Sie uns auch in Zukunft über eine Schwangerschaft.

Wann in etwa war Ihre letzte Röntgen-Untersuchung der Zähne? \_\_\_\_\_

Ich möchte an zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen erinnert werden (Recall):  
alle 6 Monate  einmal jährlich  nie

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_