



Dr. Bettina Arkona

ZAHNÄRZTIN

Herrlichkeit 25 • 28857 Syke • Fon/Fax 0 42 42 - 93 17 74

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient

Name Vorname geb.

Mitglied

Name Vorname geb.

Anschrift

Straße Telefon

PLZ Ort

Krankenkasse

pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert

Beruf\*

Arbeitgeber\*

Telefon

Anschrift

Arbeitgeber\*

Straße / Nr. Ort

Im Interesse einer komplikationsfreien Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an akuten oder chronischen Herz-Kreislaufs-Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV+, Aids usw.): \_\_\_\_\_

Innere Krankheiten (Diabetes usw.): \_\_\_\_\_

Überempfindlichkeit gegen:

Medikamente: \_\_\_\_\_

Materialien: \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Schwangerschaft:  ja  nein wenn ja - welcher Monat? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein:  ja  nein

Wenn ja - welche? \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung?  ja  nein

Röntgen-Nachweisheft vorhanden?  ja  nein

Empfohlen / überwiesen durch:

Ihre Angaben werden eventuell elektronisch gespeichert, unterliegen jedoch der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Datum

Unterschrift

\* freiwillige Angaben