

➤ Ihre Anmeldung

(Angaben für Ihr Krankenblatt)

Name des Patienten	Vorname	geb. am:
Name des Versicherten	Vorname	geb. am:
Anschrift:		
Festnetz:	Mobil:	Geschäftsnummer:
E-Mail:		
Arbeitgeber des Versicherten:	Beruf des Versicherten:	Krankenkasse:
Zahnarzt:	Hausarzt:	

➤ Zur Verhütung von Komplikationen bitten wir um folgende Angaben:

Herz-/ Kreislaufkrankungen	Infektiöse Erkrankungen	Allergien bzw. Unverträglichkeit
hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalanästhesie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
niederer Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antibiotika (<i>Penicillin,...</i>) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV positiv <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel (<i>Aspirin,..</i>) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Metalle (<i>z.B. Nickel</i>) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrillmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Allergie-Paß <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzoperation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

➤ **Regelmäßige Medikamenteneinnahme** (z.B. Herzkreislauf, Markumar, Aspirin, Bisphosphonate?) _____

➤ **Chronische Erkrankungen** (z.B. Rheuma, Niereninsuf., Dialysepflicht) _____

➤ **Frühere Operationen** _____

Anfallsleiden (Epilepsie) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Drogenabhängigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma / Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Leberkrankheiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenunter-/überfunktion <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ohnmachtsneigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes / Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schlaganfall / Lähmungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Geschwüre <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Informationen zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar oder unter www.kehrer-jeggle.de/datenschutz.html abrufbar.

➤ **Backnang, den:** _____ **Unterschrift:** _____