

Dr. Bodo Ritschel & Dr. Mark Pomowski
Spezialisierte zahnärztliche Partnerschaft

Hempberg 1 - 22848 Norderstedt
Telefon: 040 523 28 57 - Telefax: 040 523 31 75

GESUNDHEITSBLATT

Liebe(r),

herzlich willkommen in unserer Praxis. Gerne möchten wir kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Bitte füllen Sie dafür die unteren Zeilen aus. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, teilen Sie uns dies bitte bis spätestens einen Tag vorher mit. Danke.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Email: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____
Adresse: _____
Krankenkasse: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes

pflichtversichert: ja / nein ja / nein
Zusatzversicherung ja / nein

Wer hat uns empfohlen? _____

Bitte Zutreffendes unterstreichen

Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja / nein
Sind Sie HIV positiv? ja / nein
Haben Sie Hepatitis B? ja / nein
Haben Sie Hepatitis C? ja / nein
Haben Sie Diabetes? ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein
Leiden Sie unter Migräne? ja / nein
Haben Sie grünen Star? ja / nein
Haben Sie eine Prostataerkrankung? ja / nein
Haben Sie Asthma? ja / nein
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche ja / nein

Leiden Sie an hier nicht genannten Krankheiten?

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Norderstedt, den _____