



Dr. Bettina Arkona
- Zahnarztpraxis -

Königsberger Weg 34 - 65719 Hofheim • Tel./Fax 0 61 92-95 19 19 6

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* _____
Anschritt _____ Telefon _____
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