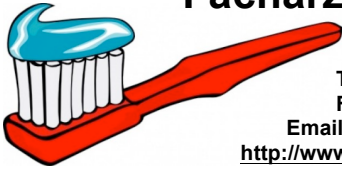


Dr. med. dent. Ch. Bougias Facharzt für Zahnmedizin



Schanzenstr. 36
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 955 933 2
Fax: 0211 / 955 932 5
Email: dr-bougias@outlook.de
<http://www.zahnaerzte-in-oberkassel.de>

Dr. med. dent. Ch. Bougias
Zahnarzt

Schanzenstr. 36
40549 Düsseldorf-Oberkassel

Tel: 0211/ 955 933 2
Fax: 0211/ 955 932 5

www.zahnaerzte-in-oberkassel.de
dr-bougias@outlook.de



Anmeldung

Patient

Name: Vorname: geb.:
Straße: PLZ/Ort:
Tel.Nr.: oder (Arbeitsstelle)
Mobil:
Email:
Krankenkasse: Beruf:
Die Praxis wurde mir empfohlen von:

Versicherter

Name: Vorname: geb:
Straße: PLZ/Ort:
Arbeitgeber:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben :**(Zutreffendes bitte ankreuzen ☒)**

1. Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- Asthma
- Allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen.....
- Herzbeschwerden (Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, etc.)
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Gelbsucht, Leberkrankheiten
- Bluterkrankungen, Blutgerinnungsstörungen
- Ohnmachts- oder Krampfanfälle, Schlaganfall
- Rheuma
- HIV positiv



2. Bestehen zur Zeit andere Erkrankungen, welche ?

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, welche?

4. Frauen : Besteht eine Schwangerschaft ? Ja Nein Ungewiss

5. Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung Ja Nein

6. Möchten Sie an die bevorstehende Vorsorge-Untersuchung erinnert werden?

Ja Nein SMS email:

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter !

Ich versichere, jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen. Ich bin unterrichtet, dass Injektionen die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Mit der Rechnungsbearbeitung durch eine private Abrechnungsgesellschaft bin ich einverstanden. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes Sollte ich einen vereinbarten Behandlungstermin nicht einhalten können, werde ich diesen mindestens 24 Stunden vorher absagen. Mir ist bekannt, dass bei kurzfristigeren Absagen oder Nichteinhaltung ein Ausfallhonorar berechnet werden kann.

Datum / Ort.....

Unterschrift.....