

Praxisgemeinschaft
Dr. Elke Plein-Jakobs, Dr. Elisabeth Jakobs, Dr. Dr. Wolfgang Jakobs,
Sabine Lescher

Bahnhofstraße 63 · 54662 Speicher
Tel. (0 65 62) 96 79 0 · Fax (0 65 62) 96 79 40
www.pleinjakobs.de

Anmeldung

Frl./Frau/Herr geb.:

Straße

PLZ/Ort Tel.:

Krankenkasse Handy:

Name des Mitgliedes geb.:

Beruf des Mitgliedes

Arbeitgeber Tel.:

Bei Privatrechnung – Rechnung an

Hauszahnarzt (Name, Adresse)

Hausarzt (Name, Adresse)

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben (bitte ankreuzen):

1. Herz/Kreislauf
 - a) hoher Blutdruck ja nein
 - b) niedriger Blutdruck ja nein
 - c) Herzinfarkt ja nein
 - d) Herzschwäche ja nein
 - e) Herzfehler ja nein
 - f) Herzmuskelentzündung/Herzklappenentzündung ja nein
 - g) künstliche Herzklappe ja nein
 - h) Herzrhythmusstörungen ja nein
 - i) Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
2. Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? ja nein
3. Sind Sie HIV positiv? ja nein
4. Atemwege/Lunge
 - a) Asthma (schwere Atemnot) ja nein
 - b) chronische Bronchitis ja nein
 - c) Heuschnupfen ja nein
 - d) Lungenentzündung ja nein
 - e) Tuberkulose ja nein
 - f) Lungenembolie ja nein

5. Leberkrankheiten
- | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) Gelbsucht | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Fettleber | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c) Leberzirrhose | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Hepatitis A | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| e) Hepatitis B | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| f) Hepatitis C | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

6. Nervensystem
- | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| a) Krampfleiden | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| b) Epilepsie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| c) Lähmungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Depressionen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| e) Angstzustände | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

7. Leiden Sie unter Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen? ja nein

8. Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten oder sind folgende Erkrankungen bei Ihnen aufgetreten?

a) Unverträglichkeit von Medikamenten? (Antibiotika, Schmerzmittel, Jod,...)
Wenn ja, welche? ja nein

b) Allergien (z. B. Latex in Gummihandschuhen, Metalle,...)
Wenn ja, welche? ja nein

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| c) Schlaganfall | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| d) Zuckerkrankheit, Diabetes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| e) Rheuma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| f) Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| g) Blutkrebs | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

9. Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten*** behandelt?
(* Medikamente zur Verbesserung der Knochenstruktur z.B. bei Osteoporose oder bei Tumorthherapie) ja nein
Wenn ja, welche?

10. Bestehen zurzeit andere Erkrankungen, wenn ja, welche?

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche?

12. Rauchen Sie, wenn ja, wie viele Zigaretten durchschnittlich pro Tag? _____

13. Trinken Sie Alkohol? Gelegentlich Regelmäßig, wie viel? _____

14. Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja, Monat: _____ nein ungewiss

Datum _____

Unterschrift _____