



Clinica Dental **SCHMIEDER**

FRANK SCHMIEDER

- Die Praxis für Dentale Konzepte -

Avda. Dés Bon Temps N° 8b Tel. 971 58 74 69

Anmeldebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Tel. Privat: _____
Wohnort: Spanien _____ Handy Nr. : _____
Deutschland _____
Beruf: _____ E-mail : _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____ Haben Sie Diabetes? ja / nein
Haben Sie einen Allergiepass? ja / nein Haben Sie Hepatitis B/C ? ja / nein
Sind Sie empfindlich gegen bestimmte Stoffe, Medikamente, Metall etc? ja / nein Besteht eine HIV-Infektion? ja / nein
Welche? _____ Haben Sie ein Augenleiden? (grüner bzw. grauer Starr) ja / nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja / nein Haben Sie Asthma? ja / nein
Wenn ja, Welche? _____ Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja / nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher ? ja / nein Besteht eine Schwangerschaft ? ja / nein
Haben Sie Herz-/Kreislaufferkrankungen? ja / nein Wenn ja, welcher Monat : _____

Empfohlen durch/von _____ **Hausarzt + Tel:** _____

Wünschen Sie weitere Informationen über Bleaching, Implantate oder Prophylaxe, wir beraten Sie gerne !!!

*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.*

Datum

Unterschrift