Dr. Andreas Hutter, M.Sc.

Zahnarzt
M.Sc. für Orale Chirurgie und Implantologie

Anmeldebogen mit Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Für eine risikofreie Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung der Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht des Zahnarztes und seines Teams. Die "Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" sind in der Praxis einsehbar. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Patient
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
_____

E-Mail privat: _____
Beruf: _____

Wer ist Hauptversicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Telefonnummern
Privat: _____
Mobil: _____
Geschäftlich: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
_____
Geburtsdatum: _____

Name der Krankenkasse/ Versicherung: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja O nein O
Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja O nein O

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Bekannte/ Empfehlung O
Internet O
Anzeige/ Zeitung O
Telefonbuch O
Praxisschild O
Sonstiges O _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?
Wenn ja, welche? _____
Leiden Sie an einer Allergie?
Wenn ja, welche? _____
Haben Sie eine Herz-/Kreislauferkrankung? ja O nein O
Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja O nein O
Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja O nein O

Nehmen Sie Bisphosphonate (gegen Osteoporose) ein? ja O nein O

Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, Xarelto) ein? ja O nein O

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja O nein O

Haben Sie einen niedrigen Blutdruck? ja O nein O

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, oä.)? ja O nein O

Wenn ja, an welcher? _____

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja O nein O

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja O nein O

Nehmen Sie Medikamente ein? ja O nein O

Wenn ja, welche? _____

_____

Haben Sie grünen Star? ja O nein O

Haben Sie Diabetes? ja O nein O

Sind Sie schwanger? ja O nein O

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Ich benötige ein neues Bonusheft der gesetzlichen Krankenkassen ja O nein O

Die Behandlungstermine werden für Sie verbindlich reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie bitte spätestens 24h vorher ab!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Stuttgart, den _____

Patient/-in oder Erziehungsberechtigte/r