



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: _____

Telefonnummern

Privat: _____

Mobil: _____

Geschäftlich: _____

Wer ist Hauptversicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Name der Krankenkasse/ Versicherung: _____

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? ja nein

Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Bekannte/ Empfehlung

Internet

Anzeige/ Zeitung

Telefonbuch

Praxisschild

Sonstiges _____

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Allergie?

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

- Nehmen Sie Bisphosphonate (gegen Osteoporose) ein? ja nein
- Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, Xarelto) ein? ja nein
- Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja nein
- Haben Sie einen niedrigen Blutdruck? ja nein
- Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, oä.)? ja nein

Wenn ja, an welcher? _____

- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit/Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ja nein
- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

- Haben Sie grünen Star? ja nein
- Haben Sie Diabetes? ja nein
- Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welcher Woche? _____

- Ich benötige ein neues Bonusheft der gesetzlichen Krankenkassen ja nein

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