

Dr. med. Horst Popp*
Facharzt für Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie
Zahnarzt

Dr. med. dent. Tobias Gürtler*
Oralchirurg
Zahnarzt



DR. POPP, DR. GÜRTLER & KOLLEGEN

Praxis für Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie,
Oralchirurgie- Zahnmedizin
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

* Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. med. dent. Suzann Popp
Zahnärztin

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße/Hausnr./PLZ: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
Name des Versicherten (falls abweichend): _____ Geburtsdatum: _____
Krankenkasse: _____
Hausarzt: _____ Hauszahnarzt: _____
Empfohlen/ Überwiesen durch: _____

- Wurden Sie jemals operiert: Ja Nein
Wenn ja, wann und aus welchem Grund? _____
Traten dabei Probleme auf? Wenn ja, welche? _____
 - Besteht eine Bluterkrankheit, haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung
oder entstehen leicht blaue Flecken ohne besonderen Anlass? Ja Nein
 - Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit (Herzklappenfehler, Herzrhythmus-
störungen, Bronchialasthma) oder tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein
 - Besteht eine der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)
Schilddrüsenfehlfunktion Diabetes
sonstige Stoffwechselerkrankungen: _____
Chronische Erkrankung: _____
Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, Tbc, AIDS etc.): _____
Allergie oder Überempfindlichkeit: _____
 - Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, weshalb: _____
 - Nehmen Sie Medikamente oder Ergänzungspräparate? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____
 - Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, welche Menge? _____
 - Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein
Wenn ja, welche Menge? _____
 - Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein Ungewiss

- Haben Sie alle Fragen verstanden? Ja Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum: _____ Unterschrift des Versicherten / Patienten: _____