

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

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon Arbeit: _____

Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-
mitglied sind, wer ist Versicherter, bzw. wer soll
Rechnung erhalten?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hauszahnarzt | Hausarzt: _____

Bestehen gesundheitliche
Risiken? Wenn ja, welche? _____

	JA	NEIN
Haben Sie Grippesymptome, z.B. Verdacht auf Coronavirus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Gerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie erhöhten Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis B/C, Tbc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?	Woche: _____	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	Stückzahl pro Tag: _____	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Medikamentenliste?		<input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon einmal mit einem Krankenhauskeim infiziert?		<input type="checkbox"/>

Mit der Weitergabe meiner Röntgenbilder und Befunde
an mitbehandelnden Arzt/Hauszahnarzt erkläre ich
mich einverstanden.

Die ausgelegte Datenschutzerklärung in der Praxis Dr.
Popp & Kollegen habe ich gelesen und bin mit der Ver-
arbeitung meiner Daten einverstanden.

Erfurt, den _____

Unterschrift: _____