

Implantat-Zentrum VS

Dr. S. Stamer, C. Stamer | Hardtstraße 14 | 78054 VS-Schwenningen

Dr. Stefan Stamer
 Facharzt für Oralchirurgie
 Master of Oral Medicine in Implantology

und Kollegen ...

Anmelde- und Anamnesebogen

Patient	Versicherter (falls nicht identisch)
Name	Name
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße	Straße
PLZ:	PLZ
Ort	Ort
Telefon privat:	
Telefon mobil	
Telefon dienstlich	
Beruf und Arbeitgeber	
Hauszahnarzt	
Hausarzt	
Krankenkasse	
Private Zusatzversicherung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beihilfe? <input type="checkbox"/>	

	Ja	Nein
Waren Sie während der letzten 5 Jahre in ärztlicher Behandlung oder hatten Sie einen Krankenhausaufenthalt?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie Bisphosphonate (z.B. Actonel, Fosamax, Zometa) ?		
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? Wenn ja, wogegen?		
Rauchen Sie?		

Implantat-Zentrum VS

Dr. S. Stamer, C. Stamer | Hardtstraße 14 | 78054 VS-Schwenningen

Dr. Stefan Stamer
 Facharzt für Oralchirurgie
 Master of Oral Medicine in Implantology

und Kollegen ...

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
Niedriger Blutdruck			Hepatitis		
Hoher Blutdruck			HIV positiv		
Herzinfarkt			Asthma		
Schlaganfall			Diabetes		
Blutgerinnungsstörung			Nierenerkrankung		
Marcumar			Schilddrüsenerkrankung		
ASS					
Plavix					

	ja	nein
Ist Ihnen eine weitere Erkrankung bekannt?		
Wenn ja, welche?		
Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kieferbereich geröntgt worden?		
Besteht eine Schwangerschaft?		

Mir ist bekannt, dass meine Straßenverkehrstauglichkeit nach operativen Eingriffen in Lokalanästhesie eingeschränkt ist.

Bitte informieren Sie uns künftig über jede Änderungen Ihres Gesundheitszustandes.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____