

**Anmeldung mit Anamnese**

Patient: Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum/Ort: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Tel./Fax privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel./Fax geschäftl. \*: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ \* Angabe freiwillig

Privat versichert:  ja  nein Gesetzlich versichert:  ja  nein  
 Versicherung:  ja  nein Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
 beihilferechtigt:  ja  nein Zusatzversicherung:  ja  nein  
 Kostenersatzverfahren\* gewünscht:  ja  nein  
\* Kostenerstattung bei gesetzlicher Versicherung

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum/Ort: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ Tel./Fax privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel./Fax geschäftl. \*: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ \* Angabe freiwillig

Erkrankungen  Angina pectoris  Bluthochdruck  Bluthochdruck  
 Diabetes mellitus  Herzschrittmacher  Infektionskrankheiten (Aids, Tbc, Hepatitis, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit etc.)  
 sonstige Erkrankungen \_\_\_\_\_  
 Blutenkrankheit  Schilddrüsenkrankung  
 künstliche Herzklappe  
 Medikamenteallergie  Sonstige Allergien: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  ja  nein Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  ja  nein  
 Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein  
 Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt?  ja  nein wenn ja, welche \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie oder nahmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechslerkrankungen wie zum Beispiel  
 Diphosphonate ein (z.B. Bisphosphonate)?  ja  nein  
 Röntgen: Wann - und wenn ja, weshalb - wurden Sie das letzte Mal geröntgt?  
 Besitzen Sie ein Röntgenwachstisch?  ja  nein  
 Sind Sie schwanger?  ja  nein  bin nicht sicher  nein

Adresse Ihres Hausarztes Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Hinweis zur Krankenscheinkarte: Wenn Sie Ihre elektronische Gesundheitskarte heute nicht vorlegen können, reichen Sie sie bitte innerhalb von 10 Tagen nach, weil wir sonst unsere erstrahenden Leistungen nicht berechnen können.  
 Hinweis zur Zahnersatzbehandlung: Zu Beginn einer Zahnersatzbehandlung ist die Hälfte der voraussichtlichen Material- und Laborkosten anzuzahlen, die noch ausstehenden Kosten werden bei Behandlungsbuchschluss fällig. Alternativ können davon abweichende Zahlungsvereinbarungen getroffen werden.  
 Hinweis zur Terminvereinbarung: Bitte melden Sie sich spätestens am Vortag ab, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können.  
 Hinweis zum Datenschutz: **Fristlose Einwilligung zum Datenschutz, siehe Rückseite**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter  
 In dem Ausweis durch:  Versichertenkarte  Personalausweis/Reisepass, Nr. \_\_\_\_\_

Bestellfeld (nicht ausfüllen!)

Art.-Nr. 1007024503

© Spitta GmbH 72336 Balingen · Telefon 07433 952-0 · www.spitta.de Bitte wenden

## Anmeldeformular - Anamnese (DIN A4 - mit 01-Befund)

- ✓ für die Erstanamnese und zur Wiederholungsanamnese
- ✓ richtiger Umgang mit den Patienten durch eine umfassende Anamnese
- ✓ mehr Sicherheit bei der Behandlung Ihrer Patienten

- Stück pro Packung: 100
- Format: DIN A4
- Maße: 21 x 29,7 cm
- sonstige Infos: Farbe: weiß

**Einzelpreis € 12,66\***

Brutto: € 15,07  
 MwSt.(7%): € 2,41

\* zzgl. gesetzliche MwSt. und Versandkosten

Bestellen Sie jetzt per Fax: **07433 952-777**

07433 952-0 kundencenter@spitta.de www.spitta.de

Anzahl Exemplare:

Art.-Nr. 1007024503

Praxis / Labor:

Ihre Kundennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße / Nr.:

--	--

E-Mail-Adresse (für evtl. weitere Infos):

PLZ / Ort:

--	--

Datum:

Unterschrift:

X
---