

## Anmeldeformular - Anamnese (DIN A5 - Hochformat)

- ✓ 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 A5 - Hochformat
- Maße: 14,8 x 21 cm
- sonstige Infos: Farbe: weiß

**Einzelpreis € 11,96\***

Brutto: € 14,23  
MwSt.(7%): € 2,27

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und an der Anmeldung abgeben!

Patient Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_  
 Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_  
 Anschrift Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon privat: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Versicherter Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse/-versicherung  gesetzlich versichert  Zusatzversicherungen  privat versichert  beihilferechtigt  
 Beruf\*: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber\*: \_\_\_\_\_  
 Anschrift Arbeitgeber\* Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_  
\*Angabe freiwillig

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an  
 • akuten oder chronischen Erkrankungen des Kreislaufs (Herzens):  ja  nein  
 • Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV, Aids, Creutzfeld-Jakob-Krankheit usw.):  ja  nein  
 • inneren Krankheiten (Diabetes mellitus usw.):  ja  nein  
 • Überempfindlichkeit (Allergie)  ja, gegen: \_\_\_\_\_  nein  
 Medikamente: \_\_\_\_\_ Materialien: \_\_\_\_\_  
 • anderen Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
 Schwangerschaft:  ja  nein  
 wenn ja - welcher Monat: \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?  ja  nein  
 Haben Medikamente bei Ihnen nicht gewirkt?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Sonstige Medikamente:  ja  nein  
 Rauchen Sie?  ja  nein  
 Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung:  ja  nein  
 Röntgenmächtheit vorhanden:  ja  nein  
 Empfohlen/überwiesen durch: \_\_\_\_\_  
 Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_  
Art.-Nr. 1007024501  
 © Spitta GmbH - 72336 Balingen - Telefon 07433 952-0 - www.spitta.de

\* 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. 1007024501

Praxis / Labor:

Ihre Kundennummer:

Straße / Nr.:

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

PLZ / Ort:

Datum:

Unterschrift:

210029