

Dr. med. dent. Franziska Barz-Popp*
Fach Zahnärztin für Oralchirurgie
Fach Zahnärztin für Parodontologie
Zahnärztin

Dr. med. dent. Tobias Gürtler*
Fach Zahnarzt für Oralchirurgie
Zahnarzt



DR. POPP, DR. GÜRTLER & KOLLEGEN

Praxis für Oralchirurgie, Parodontologie und Zahnmedizin
* Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. med. dent. Suzann Popp
Zahnärztin

Eva Härtel
Zahnärztin

ANMELDEBOGEN MIT ANAMNESE

Herzlich willkommen!

Um Ihre Behandlung bestmöglich und sicher planen zu können, benötigen wir vorab einige kurze Angaben zu Ihrer Person und Ihrer gesundheitlichen Verfassung.

Alle Informationen werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir freuen uns darauf, Sie gleich persönlich kennenzulernen!

Ihre Praxis DR. POPP, DR. GÜRTLER & KOLLEGEN

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ | Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon Arbeit: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Hauszahnarzt: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind: Wer ist Versicherter, bzw. wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hausarzt: _____

Wir brauchen Ihre **elektronische Gesundheitskarte** bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatienten und stellen Ihnen diese gemäß GOZ/GOÄ (Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte) in Rechnung.

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Daher bitten wir Sie, vereinbarte **Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind**. Wir sind berechtigt, auch Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nicht eingehaltene Termine nach der privaten Gebührenordnung (GOZ/GOÄ) in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen – dadurch kann es manchmal zu Zeitverzögerungen kommen.

Ich willige in die Veröffentlichung von zahnärztlichen Fotos im Rahmen wissenschaftlicher Vorträge und Veröffentlichungen ein.

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

☐ Die ausgelegte **Datenschutzerklärung** in der Praxis Dr. Popp, Dr. Gürtler & Kollegen habe ich gelesen und bin mit der Verarbeitung meiner Daten **einverstanden**.

Elektronische Patientenakte (ePA): Wenn Sie der Übertragung von Daten in Ihre ePA ablehnen und daher Widerspruch vornehmen wollen, sprechen Sie uns bitte an. Anderenfalls werden relevante Daten inkl. digitales Bonusheft elektronisch erfasst.

BITTE WENDEN

DR. POPP, DR. GÜRTLER & KOLLEGEN

Mainzerhofplatz 14
99084 Erfurt

Tel. 0361 – 5 62 33 36
E-Mail: info@erfurt-oralchirurgie.de

www.erfurt-oralchirurgie.de

Dr. med. dent. Franziska Barz-Popp*
Fach Zahnärztin für Oralchirurgie
Fach Zahnärztin für Parodontologie
Zahnärztin

Dr. med. dent. Suzann Popp
Zahnärztin

Dr. med. dent. Tobias Gürtler*
Fach Zahnarzt für Oralchirurgie
Zahnarzt

Eva Härtel
Zahnärztin



DR. POPP, DR. GÜRTLER & KOLLEGEN

Praxis für Oralchirurgie, Parodontologie und Zahnmedizin
* Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein
Warum: _____

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
Wenn ja, welche Art: ☐ Ja ☐ Nein

Erhalten Sie alle paar Wochen/Monate eine Spritze/
Bisphosphonate? ☐ Ja ☐ Nein

ALLERGIEN/ÜBEREMPFINDLICHKEITEN gegen:

Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ Ja ☐ Nein

HERZERKRANKUNGEN

Herzschwäche (Insuffizienz)? ☐ Ja ☐ Nein
Unregelmäßiger Herzschlag? ☐ Ja ☐ Nein
Angina pectoris? ☐ Ja ☐ Nein
Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein
Herzklappenersatz? ☐ Ja ☐ Nein
Stents? ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges? _____

KREBS-/ TUMORERKRANKUNGEN

Wenn ja, welche Art? ☐ Ja ☐ Nein

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

Epileptiforme Anfälle ☐ Ja ☐ Nein
Krämpfe? ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges? _____

VEGETATIVE ERKRANKUNGEN

Ohnmachtsanfälle? ☐ Ja ☐ Nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges? _____

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ☐ Ja ☐ Nein
Magen-Darm-Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
Nierenerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
Schilddrüsenerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges? _____

BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung (Hämophilie)? ☐ Ja ☐ Nein
Blutarmut (Anämie)? ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges? _____

INFEKTIONSERKRANKUNGEN

Leberentzündungen/ -Erkrankungen (Hepatitis A / B / ____)? ☐ Ja ☐ Nein
Tuberkulose? ☐ Ja ☐ Nein
Chronische Atemwegserkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
HIV (Aids)? ☐ Ja ☐ Nein
Infektion mit Krankenhauskeim? ☐ Ja ☐ Nein
Sonstiges? _____

WEITERE ANGABEN

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wie viele? _____ Zig./Tag
Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ☐ Ja ☐ Nein

SCHWANGERSCHAFT

Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Datum

Unterschrift

DR. POPP, DR. GÜRTLER & KOLLEGEN

Mainzerhofplatz 14
99084 Erfurt

Tel. 0361 – 5 62 33 36
E-Mail: info@erfurt-oralchirurgie.de

www.erfurt-oralchirurgie.de