



DR. STEFAN LORETAN
MKG-CHIRURGIE

ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN

Name, Vorname des Patienten		Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	Mobil	E-Mail	Beruf
Krankenkasse		Zusatzversicherung	
Überweisender Arzt / Zahnarzt		Hausarzt	
Name, Vorname des Versicherten (falls abweichend vom Patienten)		Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	Mobil	E-Mail	Beruf

BESTEHT ODER BESTAND BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

HERZERKRANKUNG

ja nein

- Endokarditis Herzklappenersatz Herzrhythmusstörungen
 Herzschrittmacher Defibrillator koronare Herzkrankheit
 Herzinfarkt am: _____
 Bypass-Operation am: _____
 Stent-Implantation am: _____
 sonstige _____

GERINNUNGSSTÖRUNG

ja nein

- Hämophilie _____ Faktor _____-Mangel
 v. Willebrand-Syndrom
 sonstige _____

INFEKTIONSKRANKHEIT

ja nein

- Hepatitis _____ HIV Tuberkulose
 sonstige _____

ALLERGIE

ja nein

- Penicillin Latex
 sonstige _____

BLUTDRUCKERKRANKUNG

ja nein

- zu hoch zu niedrig med. behandelt

AUGENERKRANKUNG

ja nein

- Glaukom (erhöhter Augeninnendruck)
 sonstige _____

NIERENERKRANKUNG

ja nein

- Niereninsuffizienz
 sonstige _____

LEBERERKRANKUNG

ja nein

- Leberinsuffizienz Leberzirrhose
 sonstige _____

LUNGENERKRANKUNG

ja nein

- Asthma COPD
 sonstige _____

TUMORERKRANKUNG

ja nein

- Brustkrebs Prostatakrebs
 sonstige _____

OSTEOPOROSE

ja nein med. behandelt

DIABETES

ja nein Insulin-pflichtig

SONSTIGE ERKRANKUNG

ja nein

SIND SIE SCHWANGER?

ja nein

_____ Monat

RAUCHEN SIE?

ja nein

_____ Zigaretten / _____ Schachtel(n) pro Tag

NEHMEN SIE AKTUELL EINES DER FOLGENDEN MEDIKAMENTE EIN ODER SIND SIE JEMALS IN DER VERGANGENHEIT DAMIT BEHANDELT WORDEN?

BLUTGERINNUNGSHEMMER

ja nein

- ASS 100 Plavix Marcumar Heparin
 Pradaxa Xarelto Eliquis
 sonstige _____

WEITERE MEDIKAMENTE

ja nein

BISPHOSPHONATE

ja nein

- Zometa Aredia Bondronat
 Bonviva Alendronat Fosamax
 Actonel Skelid Ostac
 Bonefos Didronel Diphos (Denosumab)
 sonstige _____

Bitte teilen Sie dem Arzt im persönlichen Gespräch mit, ob Sie an einer Suchtkrankheit leiden oder früher daran gelitten haben (Alkohol, Medikamente, Drogen). Für uns ist diese Information äußerst wichtig, da wir im Rahmen Ihrer Behandlung besondere Rücksicht darauf nehmen müssen.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich unter Berücksichtigung aller Datenschutzrichtlinien behandelt!

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

- Empfehlung: Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____
 Internet (Empfehlungsportal/Suchmaschine/Website) _____
 Telefonbuch/Gelbe Seiten sonstiges _____

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, so informieren Sie uns bitte mindestens 24 Stunden vorher darüber. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass für nicht rechtzeitig abgesagte Termine oder unentschuldigtes Fernbleiben laut einem Gerichtsurteil des Amtsgericht Fulda vom 16.05.2002 (Az. 34 C 120/02/D) die entgangene und kostenverursachende Arbeitszeit in Rechnung gestellt werden kann.

Vielen Dank für Ihre freundliche Hilfe!

Ihr Dr. Loretan und Praxisteam

Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters