



Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis! Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.privat: _____ Tel.mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

Arbeitgeber: _____ Tel.geschäftl.: _____

Krankenkasse/private Krankenversicherung: _____

Gesetzlich versichert Privat versichert Basistarif Zusatzversicherung Beihilfeberechtigt
Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein Ja Nein

Mitversichert bei: _____ Geb. Datum: _____

(Familienmitglied z.B. bei Eltern oder Ehegatte mitversichert Bitte Name angeben)

Überweisender Arzt/Zahnarzt:
(Hausarzt/Hauszahnarzt/Kieferorthopäde _____)

(Zutreffendes bitte einkreisen)

- Nehmen Sie Medikamente? Welche? _____ ja/ nein
Herz/Kreislaufkrankung _____ ja / nein
Asthma oder eine andere Lungenerkrankung? _____ ja / nein
Allergie? Wenn ja: welche? _____ ja / nein
Zuckerkrankheit (Diabetes?) _____ ja / nein
Blutungsneigung / Blutverdünnung _____ ja / nein
Hepatitis? _____ ja / nein
Immunschwäche / HIV-positiv? _____ ja / nein
Schwangerschaft / Stillen Sie? _____ ja / nein
Rauchen Sie? _____ ja / nein
Röntgenaufnahmen im Mund- Kiefer- Gesichtsbereich in letzter Zeit ? _____ ja / nein
Wurde bei Ihnen eine Strahlentherapie oder Chemotherapie durchgeführt? _____ ja / nein
Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke bzw. der Kaumuskulatur _____ ja / nein
Beschwerden im Sinne von Migräne/Spannungskopfschmerzen? _____ ja / nein

Alle Medikamente zur örtlichen Betäubung („Spritzen“) können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Dies sollten Sie bei der Terminabsprache berücksichtigen. Vielen Dank.

Im Falle einer Verhinderung versichere ich meinen OP-Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen _____

Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten im Falle von feingeweblichen Untersuchungen an eine Praxis für Pathologie einverstanden. _____

Ich habe die Patienteninformationen zum Datenschutz gelesen und bin damit einverstanden. _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. _____

Ort/Datum _____

Unterschrift _____