



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 \_\_\_\_\_