

Liebe Patientin, lieber Patient,

um einen komplikationslosen Behandlungsablauf, eine optimal auf Sie abgestimmte Behandlung und eine vorschriftsmäßige Verwaltung Ihrer Unterlagen zu gewährleisten, benötigen wir einige Informationen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden daher streng vertraulich behandelt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie auch für sich bzw. den von Ihnen vertretenen Angehörigen in die elektronische Datenverarbeitung in unserer Praxis gemäß dem Merkblatt „Aufklärung zur Datenverarbeitung gemäß DS-GVO“ ein. Das Merkblatt wird Ihnen zur Einsicht gerne ausgehändigt, auf Wunsch erhalten Sie auch einen Ausdruck.

Ihr Team der Oralchirurgischen Praxis Freising.

PERSÖNLICHES

Name/Vorname	Geburtsdatum
Straße/Hausnummer	PLZ/Ort
Telefon Festnetz	Telefon Mobil
E-Mail-Adresse	
Hausarzt	Zahnarzt

VERSICHERUNG

Krankenkasse

Gesetzlich versichert Zusatzversicherung

Privat versichert Beihilfeberechtigt Standardtarif (Erstattung nur bis zum 2,0-fachen Satz)

Sind Patient und Mitglied der Versicherung nicht identisch, ergänzen Sie bitte die Daten des Versicherungsnehmers:

Name/ Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort

bitte wenden 

Krankheiten, Allergien und die Einnahme bestimmter Medikamente können Auswirkungen auf die oralchirurgische/zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können.

ALLGEMEINE GESUNDHEIT

Zutreffendes bitte ankreuzen

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Herzerkrankungen
Wenn ja, welche?
 - Herzinfarkt
 - Angina pectoris
 - Herzschrittmacher
 - Herzklappenersatz
 - Endokarditisprophylaxe notwendig
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörung
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes (Typ I oder II)
- Lungenerkrankung (Asthma, COPD)
- Osteoporose
- Nierenfunktionsstörungen
- Infektiöse Erkrankungen (HIV, Tuberkulose)
- Lebererkrankungen (Hepatitis A, B, C)
- Tumorerkrankungen
- Augenerkrankungen (Glaukom usw.)
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Depressionen
- Allergien
Wenn ja, welche?

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

- Unverträglichkeit gegen Medikamente
Wenn ja, welche?

- Unverträglichkeit gegen Spritzen
- Rauchen Sie?
Wenn ja, wie viel pro Tag?

MUNDGESUNDHEIT

- Wann wurden Sie im Mundbereich das letzte Mal geröntgt?

FÜR UNSERE PATIENTINNEN

- Sind Sie schwanger?
Wenn ja, in welcher Woche?

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen und umseitigen Angaben. Ich willige ein, dass die obigen und umseitigen Angaben ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert werden und etwaige Röntgenbilder auf elektronischem Wege (E-Mail) an meinen Zahnarzt versandt werden.

Wir weisen Sie daraufhin, dass der vereinbarte Termin ausschließlich für Ihre Behandlung vergeben und freigehalten wird und dass daher die Nichteinhaltung des Termins möglichst 24 Stunden vorher mitzuteilen ist. Bei nicht rechtzeitiger Terminabsage werden wir es uns vorbehalten den Behandlungsausfall in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ Sorgeberechtigten