

Herzlich Willkommen zur oralchirurgischen Beratung in der Praxisklinik Wiehre

Die Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten sind wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, alle übrigen Angaben dem Datenschutz.

Familienname und Vorname des Patienten		Geburtsdatum des Patienten	
PLZ & Wohnort		Straße & Hausnummer	
Familienname und Vorname des Versicherten		Geburtsdatum des Versicherten	
PLZ & Wohnort		Straße & Hausnummer	
Krankenkasse des Patienten			
Erreichbarkeit: Tel. _____ email: _____			
Name und Ort des Patienten-Zahnarztes:		Name und Ort des Patienten-Hausarztes:	
Haben Sie Erkrankungen der folgenden Organe / Körperfunktionen:			
Herz-Kreislauf-System (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Schlaganfall Künstliche Herzklappe, Endokarditis, Bluthochdruck)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darm (Magengeschwür, Colitis)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leber		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Niere		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lunge und Atemwege (Asthma, Tuberculose)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Skelettsystem, Knochen (Osteoporose, Tumore, Rheuma)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hirn / Nervensystem (Epilepsie), Verdacht auf Creutzfeldt-Jakob-Krankheit		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel (Diabetes, Schilddrüsenüberfunktion)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnung (Hämophilie A, B, Faktor-V-Mutation)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Psyche (Depression)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Grüner Star		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstiges (z. B. Unfälle)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Blutverdünner (ASS, Aspirin, Marcumar, Heparin)?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals ein Bisphosphonat (z. B. Zometa, Aledronat, Aclasta) erhalten?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Für Frauen: Sind Sie Schwanger? Wenn ja, welche Woche?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten (z. B. gegen Metall, Latex)?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wann erfolgte die letzte Röntgenaufnahme im Kieferbereich?		Jahr _____	
Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit der Angaben und versichern, dass Sie uns Änderungen mitteilen. Für notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen erteilen Sie uns Ihr Einverständnis. Patientenbezogene Unterlagen und Daten dürfen im Rahmen der Beratung / Behandlung an beteiligte Fachdisziplinen weiter gegeben werden. Die 'Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten' sind in der Praxis einsehbar. Als Privatversicherter / Beihilfeempfänger bekomme ich eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) / Zahnärzte (GOZ), die ich unabhängig von einer Erstattung durch die Kostenträger in voller Höhe begleichen werde. Dasselbe gilt für gesetzlich versicherte Patienten ohne gültigen Krankenversicherungsnachweis.			

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient