

Praxisklinik für Oralchirurgie & Endodontie

Dr. Andre Hoffmann und Kollegen

Bruchsaler Straße 22 - 68753 Waghäusel - Telefon: 072549855700

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäß aus. Ihre Angaben sind sehr wichtig für Ihre optimale Behandlung in unserer Praxisklinik. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (§203 StGB).

Patient (Versicherter)

Gesetzliche Krankenkasse

Private Krankenkasse

Name des Versicherungsträgers:

Nachname Vorname Geburtsdatum

Straße, Nr. PLZ ,Ort

Telefon Mobil Email

Hausarzt Hauszahnarzt

Beruf Arbeitgeber

Hauptversicherter (falls abweichend)

Nachname Vorname Geburtsdatum

Straße, Nr. PLZ ,Ort

Telefon Mobil Email

Wegen welchen Erkrankungen werden oder wurden Sie bereits behandelt? Gibt es Besonderheiten in Ihrer Krankengeschichte? Zutreffende bei Mehrfachnennung bitte markieren. Bei Fragen bei der Beantwortung sind wir Ihnen gerne behilflich.

		ja	nein
Herz-Kreislaufferkrankungen	Herzschwäche, unregelmäßiger Herzschlag, Herzinfakt, Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzklappenoperation / Herzklappenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	hoher Blutdruck / niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselstörungen	Diabetes mellitus / Schilddrüsenerkrankungen / Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organerkrankungen	Leber / Niere / Lunge / Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chemotherapie, wenn ja wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bestrahlungstherapie, wenn ja wann und welches Organsystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bisphosphonattherapie / Antikörpertherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
Knochenerkrankungen	Osteoporose, wenn ja bitte Angabe von Medikamenten welche zur Therapie bereits eingesetzt wurden (Siehe „Aktuelle Medikation“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knochenmetastasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems	Anfallsleiden / Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen	Hepatitis (Leberentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV-Infektion / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	multiresistente Keimbesiedelung (MRSA, VRE, MRGN)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien / Unverträglichkeiten	wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktuelle Medikation: bitte Präparate angeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	wenn ja, wieviel? Zigaretten pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	wenn ja, welche Menge welches Getränks?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?	wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie derzeit schwanger?	wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt?	wenn ja, von wem und wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich,,
(Name und Vorname) oder mein gesetzlicher Vertreter

habe den Text betreffend der Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten gelesen, verstanden und willige den Bedingungen ein. Der Text wurde mir ausgehändigt und ist zusätzlich im Wartebereich der Praxisklinik Dr. Hoffmann und Kollegen einsehbar. Mit meiner Unterschrift willige ich ebenfalls in das regelmäßige Nachsorgesystem (Implantatrecall / Mundschleimhautrecall) der Praxisklinik Dr. Hoffmann und Kollegen ein. Diese Einwilligungen sind jederzeit widerrufbar!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner obigen Angaben

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter