

Praxis für zahnärztliche Chirurgie

Dr. med. dent. Armin Solbrig

Dr. med. dent. Nina Schüller

Fachzahnärzte für Oralchirurgie



Viele Krankheiten können Auswirkungen bei chirurgischen Eingriffen am Kiefer haben. Bitte füllen Sie deshalb beide Seiten dieses Fragebogens sehr sorgfältig und vollständig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Patient

Name Vorname Geburtsdatum
Geburtsort

Anschrift

Strasse Nr. PLZ / Ort

Tel. privat Tel. geschäftlich

Hauptversicherter

Name Vorname geb.

Anschrift

Strasse Nr. PLZ / Ort

Krankenversicherung

Gesetzlich Versicherte:

Sind Sie privat Zusatzversichert? NEIN
 JA

Privat Versicherte:

Sind Sie zur Beamten Beihilfe berechtigt? NEIN
 JA

Beruf Arbeitgeber

Von wem wurden Sie überwiesen?

Zahnarzt:

Kieferorthopäde: (falls vorhanden, bitte **beide** angeben)

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? NEIN

JA

Wenn ja in welchem Monat?

BITTE WENDEN

Herz: Haben oder hatten Sie:

- ja nein einen Herzschrittmacher ?
- ja nein Herzrhythmusstörungen?
- ja nein einen Herzfehler?
- ja nein Herzklappenveränderungen?
- ja nein Herzoperationen (Bypass)?
- ja nein Herzinnenhautentzündung? (=Endokarditis)
- ja nein Hohen Blutdruck?

Internistisch: Leiden Sie an:

- ja nein Blutgerinnungsstörungen ?
- ja nein Diabetes (Zuckerkrankheit)?
- ja nein insulinpflichtig?
- ja nein Epilepsie ?
- ja nein Asthma ?
- ja nein Nierenerkrankungen ?
- ja nein Rheuma ?
- ja nein Grünem Star ?

Infektion: Sind oder waren Sie erkrankt an:

- ja nein Hepatitis ? (A) (B) (C)
- ja nein Tbc ?
- ja nein HIV ?

- ja nein Rauchen Sie ? Wie viel
- ja nein Sind Sie drogenabhängig?

Allergien:

- ja nein Haben Sie Allergien ?
- Wenn ja, welche ?

.....

.....

Müssen Sie regelmäßig **Medikamente** einnehmen? Welche Medikamente?

.....

.....

Sind Sie zur Zeit in **ärztlicher** Behandlung?

Wenn ja bei wem und weswegen:

.....

.....

Terminpraxis:

Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, in der die vereinbarten Operationstermine ausdrücklich für Sie persönlich freigehalten werden (Unfälle und akute Schmerzpatienten sind natürlich ausgenommen). Das bedeutet für Sie geringere Wartezeiten und eine höhere Qualität der Behandlung. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, am Tage zuvor bis spätestens 10 Uhr absagen müssen, da Ihnen sonst die Ausfallzeit mit 75,00 Euro je ¼ Stunde in Rechnung gestellt werden kann.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand und die Kenntnisnahme der obigen Hinweise.

München, den

Unterschrift

Datenschutz:

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen. Mit der Verarbeitung meiner Daten bin ich einverstanden.

München, den

Unterschrift