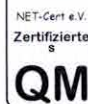


Fachärzte für Mund-, Kiefer-und Gesichtschirurgie und Fachzahnärzte für Oralchirurgie
Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Beck Dr. med. dent. Alexander Schmermund
Dr. med. Lutz Birkenhagen Facharzt für Anästhesie
Dr. med. Dr. med. dent. Christoph Peters Dr. med. Anton Klaus Spitzer

Patient:

Geb. Datum:

Pat. Nr.:



Straße		PLZ	Wohnort
Mobil-Nummer		Vorwahl/Telefon	Vorwahl/Telefon geschäftlich
E-Mail		<input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis & Klinik mit mir per Telefon oder per E-Mail Kontakt aufnimmt.	
Beruf	Arbeitgeber		
Name der Krankenkasse	Ort der Krankenkasse		
Zahnarzt	Praxisort/Adresse		
Hausarzt/Kinderarzt	Praxisort/Adresse		
<input type="checkbox"/> Privat versichert (Normaltarif)		*niedrigere monatliche Beiträge, daher eingeschränkte Erstattung	
<input type="checkbox"/> Privat versichert im *Basistarif/*Standardtarif			
Zusatz <u>nur</u> für Postbeamte			
Ich bin Mitglied der Tarifgruppe: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B			
Für Patienten <u>unter 18 Jahre</u> (und falls abweichend):			
Name des Versicherten/Rechnungsempfängers		Geburtsdatum	
Straße		PLZ Wohnort	

Ohne gültigen Versicherungsnachweis:

Ich bin bei der o.g. gesetzlichen Krankenkasse versichert und habe mich heute ohne Versichertenkarte in (zahn) ärztliche Behandlung begeben. Ich wünsche zu Lasten dieser Krankenkasse behandelt zu werden und verpflichte mich, die Versichertenkarte oder eine gültige Mitgliedsbestätigung innerhalb 10 Tagen vorzulegen. Ich bin darüber informiert, dass mir die Behandlung privat in Rechnung gestellt wird, falls dies nicht innerhalb der Frist erfolgt.

Bitte beantworten Sie nun die Fragen zu Ihrer Gesundheit auf der Rückseite!



Liebe Patientin, lieber Patient, bitte kreuzen Sie zu den folgenden Fragen die zutreffenden Antworten an:

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hatten Sie jemals Herzbeschwerden (Angina pectoris <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzgeräusch <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern <input type="checkbox"/>)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie einen hohen <input type="checkbox"/> oder niedrigen <input type="checkbox"/> Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. Einnahme von Marcumar <input type="checkbox"/> Ass <input type="checkbox"/> Clopidogrel <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Pradaxa <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/>) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hatten Sie einen Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie unter Epilepsie (Anfallsleiden) <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> oder geistige Behinderung <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie Bronchialasthma <input type="checkbox"/> Heuschnupfen <input type="checkbox"/> andere Lungenprobleme _____ <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Hatten Sie eine allergische Reaktion gegen Penicillin <input type="checkbox"/> Aspirin <input type="checkbox"/> Pflaster <input type="checkbox"/> oder sind andere Allergien bekannt? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie Diabetes Typ I <input type="checkbox"/> oder Typ II <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Raucher: Ja <input type="checkbox"/> _____ tägliche Anzahl der Zigaretten. | | |
| 10. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> ? Haben Sie Multiple Sklerose (MS) <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie eine Lebererkrankung <input type="checkbox"/> oder eine Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Hatten Sie jemals Krebs <input type="checkbox"/> Leukämie <input type="checkbox"/> andere bösartige Erkrankung _____ <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben Sie eine ansteckende Infektionskrankheit: Hepatitis(B, C) _____ <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> o. a. _____ <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Nehmen oder nahmen Sie aufgrund einer Knochenkrankung Medikamente ein, z.B. Bisphosphonate <input type="checkbox"/> ? Haben Sie Osteoporose <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Müssen Sie vor Operationen immer Antibiotika einnehmen (z.B. nach Organtransplantationen, Herzklappenfehler, künstliches Gelenk, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sind Sie schwanger ? SSW _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Falls Sie zurzeit Medikamente einnehmen, welche? _____
Wenn Sie eine Medikamentenliste haben, stellen Sie uns diese bitte zur Verfügung! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Falls bei Ihnen Operationen durchgeführt wurden, welche?
_____ | | |
| 19. Sind Sie einverstanden damit, dass Ihr überweisender Arzt mit einem Brief über den Verlauf Ihrer Behandlung bei uns Informiert wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich erkläre mich mit der Anfertigung, der für die Behandlung notwendigen Röntgenaufnahmen einverstanden und versichere hiermit die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigten