

Dr. med. dent. Daniel Herrmann

Praxis für Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie, Oralchirurgie und Implantologie

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, da wir folgende Angaben benötigen, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Teilen Sie unserer Praxis bitte auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

Anmeldung

Patient/in:	_____	_____	_____
	Name	Vorname	geb.
Anschrift:	_____	_____	_____
	Straße	Postleitzahl/Ort	Telefon
Vers.- Mitglied:	_____	_____	_____
	Geburtsort	Beruf	
	_____	_____	_____
	Name	Vorname	geb.
Anschrift:	_____	_____	_____
	Straße	Postleitzahl/ Ort	Telefon
Überweiser:	_____	_____	_____
	Hauszahnarzt	Hausarzt	Dermatologe

Versicherung für ambulante Behandlung:

Gesetzliche Versicherung Private Versicherung Beihilfe Basis/Standarttarif

Gesetzliche Versicherung mit Kostenerstattung

Name der Krankenkasse/ Krankenversicherung: _____

Aus gegebenen Anlass möchten wir Sie darauf hinweisen, das wir bei Nichteinhaltung oder einer zu kurzfristigen Absage (mind. 24 Stunden vor einem OP-Termin) eines OP-Termins, eine Auffallgebühr für die Betriebskosten berechnen, da in dieser Zeit keine weiteren Patienten einbestellt werden können.

1. Hatten/ Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma (schwere Atemnot) ja nein
- b) Allergische Reaktionen ja nein
Welche?: _____
- c) Unverträglichkeit von Medikamenten ja nein
Welche?: _____
- d) Blutdruck, ggf. Werte? _____: _____ niedrig normal hoch
- e) Herzinfarkt/Herzklappenersatz ja nein
- f) Endocarditisprophylaxe notwendig? ja nein
- g) Schlaganfall ja nein
- h) Lähmungen ja nein
- i) Gelbsucht/ Hepatitis/ Leberkrankheiten ja nein
- j) HIV- Infektion ja nein
- k) Zuckerkrankheit ja nein
- l) Rheuma ja nein
- m) Bluterkrankung/ Blutgerinnungsstörung/Markumar ja nein
- n) Krampfleiden / Epilepsie ja nein
2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
3. Erfolgten bereits Röntgen-/ andere bildgebende Untersuchungen? ja nein
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

-
5. Rauchen Sie ? ja nein
6. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
7. Wurde bei Ihnen ein MRSA-Keim festgestellt? ja nein
8. Haben Sie jemals Bisphosphonate genommen ? ja nein
9. Sonstige Angaben anderer Krankheiten: ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und willige in die ausliegende Datenschutzerklärung ein.

Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten