

Cave:

Grund der Überweisung:

Bilder importiert: ja nein

Patient:	Name		Vorname		Geburtsdatum
Fam.vers. mit:	Name		Vorname		Geburtsdatum
Anschrift:	PLZ	Ort	Straße	Nr.	Beruf
	Telefon		Telefon-mobil		Email

Haben Sie eine **private** Zusatzversicherung? ja nein Name der Versicherung: _____

Name des überweisenden Zahnarztes/Kieferorthopäden/Arztes

Name des Hausarztes

Welche speziellen Probleme in unserem Fachgebiet haben Sie?

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand:

- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?
- Leiden Sie an einer Blutungsneigung (Marcumar, Aspirin)?
- Sind Allergien bekannt (z.B. gegen Medikamente o.ä.)?
- Besteht eine Schwangerschaft?
- Rauchen Sie? ja nein
- Wenn Nein, haben Sie geraucht? ja nein Wann haben Sie aufgehört?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Wenn ja, welche?)

Wurden oder werden Sie wegen einer der folgenden Krankheiten behandelt?

- Herz-Kreislauf (Schrittmacher, Bluthochdruck)
- Bluterkrankung
- Anfallsleiden (Epilepsie)
- Infektionskrankheiten (z.B. Tbc, Hepatitis, HIV)
- Nierenerkrankung
- Lebererkrankungen
- Schilddrüsenerkrankung
- Diabetes
- Osteoporose (nehmen Sie Bisphosphonate?)
- Lungenerkrankung (Asthma, Bronchitis, Tuberkulose)
- Nervenerkrankungen
- Sonstige Erkrankungen

Wie ängstlich würden Sie sich selbst einschätzen? _____

Planung eines Eingriffes in lokaler Betäubung in Intubationsnarkose!

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Planungen bzw. die Erstellung eines Kostenvoranschlages für Parodontitisbehandlungen und implantologische Eingriffe, welche die Kassenrichtlinien überschreiten, kostenpflichtig sind und gemäß GOZ/GOÄ berechnet werden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen und vereinbarte Termine einzuhalten bzw. mindestens zwei Tage vorher abzusagen.

Nicht rechtzeitig abgesagte bzw. nicht eingehaltene Termine werden in Rechnung gestellt!

Datum: ____ . ____ . _____

Unterschrift:

Bitte wenden
➔