

Cave:

Grund der Überweisung:

Bilder importiert: ja nein

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

Private Versicherung (Name der Vers. bitte angeben) _____

Name des überweisenden Zahnarztes/Kieferorthopäden/Arztes

Name des Hausarztes

Welche speziellen Probleme in unserem Fachgebiet haben Sie?

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand:

- Sind Sie zurzeit 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!

Sollte ein weiterer Termin notwendig sein, erinnern wir Sie gerne per Recall an die Terminvereinbarung.

Recall erwünscht: ja nein
 schriftlich telefonisch per sms per Email

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Planungen bzw. die Erstellung eines Kostenvoranschlages für Parodontitisbehandlungen und implantologische Eingriffe 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 →