

Dr. Niklas Stockmann
Praxis für Oralchirurgie und Implantologie

Patient:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift

Straße	Postleitzahl	Ort
--------	--------------	-----

Versicherter

(wenn familienversichert)

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Anschrift

(falls abweichend)

Straße	Postleitzahl	Ort
--------	--------------	-----

Telefonnummer

privat	beruflich	Mobil
--------	-----------	-------

Krankenkasse

_____	Zusatzversicherung	Basistarif
	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Beihilfe
	<input type="checkbox"/> Notlagentarif	<input type="checkbox"/>

Beruf

_____	Empfohlen/Überwiesen von	_____
-------	---------------------------------	-------

Hausarzt/Facharzt:

Name	Anschrift	Telefonnummer
------	-----------	---------------

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Haben Sie Allergien? Eine Medikamentenunverträglichkeit? (Wenn ja, welche?)

Liegen oder lagen Erkrankungen vor:

Herz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnung/Blutverdünnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lunge? (Asthma, u.a.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leber? (Gelbsucht u.a.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Niere?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen/Darm?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Leiden Sie an:

Diabetes? (Zucker)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma/Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(TBC <input type="checkbox"/> , HIV <input type="checkbox"/> , Hepatitis A/B/C <input type="checkbox"/>)		
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann, welche?	_____	

Nehmen Sie Beruhigungs-/Aufputschmittel oder Antidepressiva?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie drogen-/alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Monat: _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wieviel?: _____
Zeigen Sie Spritzenreaktionen? (Ohnmacht, o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Nehmen Sie Knochenstoffwechsel-Medikamente (Bisphosphonate)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von mir gefertigte digitale Röntgenbilder anonymisiert an meine weiterbehandelnden Ärzte/Zahnärzte per E-Mail versendet werden. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Stockmann sich konsiliarisch über die für meine Behandlung relevanten Befunde mit meinen behandelnden Ärzten und Zahnärzten schriftlich und mündlich austauscht (Telefonate, Arztberichte usw.). Die beiliegenden Datenschutzrichtlinien habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum: _____

Unterschrift _____
(Bei Minderjährigen bitte Erziehungsberechtigte/r)