

Anmeldeformular für Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihr Anliegen unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Ihr Praxis-Team Dr. Brauner + Dr. Rendchen

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherte

Person (falls abweichend)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon

Privat _____ Geschäftlich _____ Mobil _____

E-Mail

E-Mail-Adresse _____

Beruf

Berufsbezeichnung _____

Name der Krankenkasse

Krankenkasse _____

Sind Sie Ja Nein
beihilfeberechtigt?

Haben Sie eine Zahn- zusatzversicherung?

Ja Nein

Name der Versicherung _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der / des... ?

Herzens oder Kreislaufs Lunge (z.B. Asthma, COPD) Leber
 Nieren Schilddrüse Magen-Darm-Traktes
 Gelenke (Rheuma) Ohren (Ohrensausen / Tinnitus) Wirbelsäule

Haben Sie... ?

hohen Blutdruck niedrigen Blutdruck Diabetes
 Epilepsie Grauen Star Tuberkulose
 HIV / Aids Hepatitis – wenn ja, welcher Typ: A B C
 Allergien – wenn ja, welche: sonstige Krankheiten – wenn ja, welche:

Zu Ihrem Herzen: Haben / Hatten Sie... ?

Angina Pectoris einen Herzschrittmacher künstliche Herzklappen
 einen Herzinfarkt eine Herzklappenentzündung

Medikamente – nehmen Sie... ?

Schilddrüsenmedikamente Cortison (Kortikoide) Schmerzmittel
 Antidepressiva Herzmedikamente Blutverdünner
 andere Medikamente – wenn ja, welche: (Name und Dosierung) (z.B. Marcumar, ASS)

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder Spritzen aufgetreten?

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Für unsere Patientinnen

Sind Sie schwanger?
 Ja Nein Wenn ja, welche Woche? _____

Fragen / Anmerkungen

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen bezüglich der obigen Angaben mit.

Hinweise zur Organisation

Wir sind eine Bestellpraxis. Daher bitten wir Sie, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 48 Stunden vorher abzusagen, damit wir diese an andere Patienten weitergeben können.

Ratingen, den _____ Unterschrift _____

Überweisungsformular für MKG-Chirurgie

Die Patientin / der Patient wird zur Durchführung folgender Leistungen überwiesen.

Implantatberatung / Implantation

Geplante Implantatposition: _____

Augmentation

Sinuslift

DVT

Weisheitszahnentfernung

Entfernung folgender Zähne

Zystektomie

Entfernung überzähliger Zähne / Zahnkeime

Vestibulumplastik

Oberkiefer

Unterkiefer

Operative Freilegung

mit Brackettierung

Bracket anbei

ohne Brackettierung

Wurzelspitzenresektion

mit orthograder Wurzelfüllung

mit retrograder Wurzelfüllung

OPG per Mail

Zahnfilm per Mail

Ich bitte um vorherige telefonische Rücksprache

Sonstiges: _____

Anmerkungen / Wünsche: _____

Selbstverständlich erfolgt die Zusendung eines Therapieberichtes sowie die konsequente Rücküberweisung nach abgeschlossener Therapie.

Datum | Unterschrift | Praxisstempel