



Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie dieses Patientenblatt vor der Behandlung aus und geben es bei der Anmeldung ab.

Angaben des Patienten

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, Hausnummer _____ Telefon _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Beruf _____

Krankenkasse

gesetzlich familienversichert Basistarif

Name der Krankenkasse _____

privat Selbstzahler beihilfeberechtigt

Angaben des Versicherten (bei Familienversicherung)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hausarzt _____

Zahnarzt _____

Leiden Sie unter akuter oder chronischer Erkrankung?

- Herzinfarkt / Angina pectoris
- Herzklappenersatz / -fehler
- Endokarditis
- Bluthochdruck

Ja **Nein** **Wenn ja, welche?**

- Asthma
- Bronchitis
- Embolie / Thrombosen
- Glaukom (Grüner Star)

Besteht eine erhöhte Blutungsneigung?

Ja **Nein**

Infektionskrankheiten

- Hepatitis Tbc
- HIV / Aids Sonstige _____

Ja **Nein** **Wenn ja, welche?**

Stoffwechselerkrankungen o. neurologische Erkrankungen?

- Diabetes („Zuckerkrankheit“)
- Beeinträchtigung der Schilddrüsen

Ja **Nein** **Wenn ja, welche?**

- Epilepsie
- Sonstige _____

Sonstige Erkrankungen / Einschränkungen / Behinderungen

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

- ASS / Aspirin / Godamed
- Clopidogrel / Plavix / Iscover
- Falithrom / Xarelto / Pradaxa

Ja **Nein** **Wenn ja, welche?**

- Heparin / Clexane
- Bisphosphonate / Denosumab („Knochentropf“)
- Weitere Medikamente _____

Bestehen Allergien oder Überempfindlichkeiten?

gegen Medikamente / Materialien / Sonstige

Ja **Nein** **Wenn ja, welche?**

Sind Sie Raucher?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele täglich? _____

Schwangerschaft

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Den Aushang zur Datenschutzbestimmung habe ich gelesen und willige ein.

Datum, Unterschrift

Dr. Hansgeorg Siebert

Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Dr. Stefanie Prinz

Fachzahnärztin für Oralchirurgie