



Master of Science Orale Chirurgie/Implantologie

Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Beruf

Geburtsdatum

Telefon tagsüber, Mobil, E-Mail

Wie sind Sie krankenversichert?

- gesetzlich, privat, Zusatzversicherung

Krankenversicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Werden Sie zur Zeit wegen einer Erkrankung ärztlich behandelt?
Leiden Sie an einer Herzerkrankung (z.B. Infarkt)?
Künstliche Herzklappen/Bypass/Schrittmacher?
Bluthochdruck?
Zucker (Diabetes) oder eine andere Stoffwechselerkrankung?
Bluthochdruck?
Krampfleiden (z.B. Epilepsie)?
Blutungsleiden / Bluterkrankungen?
Infektiöse Erkrankungen (z.B. Hepatitis, HIV, AIDS)?
Nehmen Sie Medikamente ein?

Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung beeinflussen (z.B. Marcumar/ASS)?

Besteht eine Allergie gegen Medikamente?

- Penicillin, Schmerzmittel, andere Stoffe

Sind Sie schwanger?

Datum, Unterschrift