

DR • BEATE • LÖWICKE DR • OLAF • SCHULZ

Praxis für
Oralchirurgie und
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Plastische Operationen

Liebe Patientin, lieber Patient herzlich willkommen in unserer Praxis!
Wir bitten Sie um einige Informationen.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnort	Straße	Telefon privat
Beruf		
E-Mail-Adresse		
<input type="checkbox"/> selbst versichert	versichert mit	<input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/> Ehefrau <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter
Name	Vorname	Geburtsdatum
Arbeitgeber	Telefon geschäftlich	
Krankenkasse		
Hausarzt	überwiesen von	empfohlen durch

Bitte, beantworten Sie für uns folgende Fragen gewissenhaft.

Haben oder hatten Sie jemals

Erkrankungen an...

- Herz oder Kreislauf Ja Nein
Lunge/Leber Ja Nein
Blut Ja Nein
Nieren Ja Nein
Schilddrüse Ja Nein
Magen-Darm-Trakt Ja Nein
Gelenke (Rheuma) Ja Nein

Haben oder hatten Sie jemals...

- Hohen Blutdruck Ja Nein
Allergien Ja Nein
Zucker (Diabetes) Ja Nein
Fallsucht (Epilepsie) Ja Nein
Gelbsucht (Hepatitis) Ja Nein
Grüner Star (Glaukom) Ja Nein
Zahnfleischbluten Ja Nein

Wann und wo wurden Sie zuletzt im Kopfbereich (also an den Zähnen, an den Nebenhöhlen, am Hals, an der Nase oder an den Ohren) geröntgt?
Bei welchem Arzt oder in welchem Krankenhaus?

Sind Sie zur Zeit schwanger? In welchem Monat? Ja Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wo? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche? Ja Nein

Sind Sie schon einmal beim Zahnarzt „umgefallen“? Ja Nein

Neigen Sie zu Blutungen? Ja Nein

Sind Sie HIV positiv? Ja Nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? An welchen? Ja Nein

Sind Sie Raucher Nichtraucher

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Datum

Unterschrift

Liebe Patientin, lieber Patient... wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV bearbeiten werden.
Selbstverständlich unterliegt alles, was Sie uns mitteilen, der ärztlichen Schweigepflicht, an die wir – das ganze Praxisteam – gebunden sind.