

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre Behandlung können eventuell vorhandene oder zurückliegende Erkrankungen von Bedeutung sein. Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen.

Prof. Dr. Fred Bergmann
Dr. Axel Wunder
Dr. Eva Endlweber
Dr. Monika Böttelberger
Dr. Christina Haupt
und Kollegen



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT
FÜR ORALE
IMPLANTOLOGIE

Prof. Dr. Fred Bergmann



**Akademische Lehr- und
Forschungseinrichtung**
der Johann Wolfgang
Goethe-Universität
Frankfurt am Main



	PATIENT	HAUPTVERSICHERTER
Name:		
Vorname:		
Geboren am:		
Straße:		
PLZ Ort:		
Krankenkasse Versicherung:		
Arbeitgeber:		
Beruf:		
Telefon privat:		
Telefon mobil:		
Telefon beruflich:		
E-Mail:		

- ☐ Gesetzlich versichert
 ☐ Privat versichert
 ☐ Selbstzahler
- ☐ Wurden Sie von Ihrer/Ihrem Hauszahnärztin/Hauszahnarzt überwiesen?
 ☐ ja
 ☐ nein

Wenn nein, unsere Praxis wurde Ihnen empfohlen von

Name und Anschrift Ihrer/Ihres Hauszahnärztin/Hauszahnarztes:

.....

Nur für überwiesene Patienten:

Nach Abschluss der vereinbarten Behandlung mit Ihrem/Ihrer Hauszahnarzt/Hauszahnärztin findet keine weitere Behandlung in der Praxis Prof. Dr. Bergmann statt. Hiermit vereinbaren wir mit Ihnen, sich zur Weiterbehandlung bei Ihrem/Ihrer Hauszahnarzt/Hauszahnärztin vorzustellen.

Unterschrift der Patientin/des Patienten:

.....

Unterschrift Zahnarzt/Zahnärztin

.....

ZAHNMEDIZIN | IMPLANTOLOGIE | ORALCHIRURGIE | PARODONTOLOGIE

Praxis Prof. Dr. Bergmann & Partner | Zahnärztliche Partnergesellschaft · Heidelbergerstraße 5–7 · 68519 Viernheim · Fon: 06204 305420
Fax: 06204 3054242 · E-Mail: mail@oralchirurgie.com · www.oralchirurgie.com

Allgemeine Erkrankungen

☐ Asthma	☐ Lebererkrankungen	Detaillierte Infos
☐ Schlaganfall	☐ Gerinnungsstörungen	
☐ Lähmungen	☐ Diabetes	
☐ Gelbsucht	☐ Rheuma	
Allergien	☐ ja ☐ nein	Welche?
Herzkrankheiten	☐ ja ☐ nein	Welche?
Blutdruck ☐ normal ☐ niedrig ☐ hoch	Gfg. Werte:	
Infektionskrankheiten (Diese Information ermöglicht uns eine optimale Behandlungsvorbereitung für Sie*)		
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	☐ ja ☐ nein	
Hepatitis*	☐ ja ☐ nein	
AIDS, HIV*	☐ ja ☐ nein	
Wurde ein HIV-Test durchgeführt?	☐ ja ☐ nein	
Sonstige Krankheiten	☐ ja ☐ nein	Welche?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐ ja ☐ nein ☐ Bisphosphonate/Osteoporose ☐ Blutverdünner (z. B. Marcumar®, ASS)	Welche?

- ☐ **Rauchen** Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? _____ ☐ ja ☐ nein
- ☐ Besteht eine **Schwangerschaft**? Wenn ja, welche Woche? _____ ☐ ja ☐ nein
- ☐ Sind Sie an Aufklärung über Zahnpflege interessiert? ☐ ja ☐ nein
- ☐ Sind Sie an hochwertiger, innovativer Zahnheilkunde interessiert? ☐ ja ☐ nein
(z. B.: Keramikversorgung, Implantate)
- ☐ Wenn Sie von Ihrem Hauszahnarzt nicht überwiesen wurden, sind Sie ☐ ja ☐ nein
damit einverstanden, dass wir Sie zu Ihrem regelmäßigen Kontrolltermin
persönlich anschreiben?

Grund Ihres Besuches? Besondere Wünsche und Erwartungen:

.....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift:

- ☐ Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten für Post- und E-Mail-Versand gespeichert und genutzt werden dürfen. (Bitte ankreuzen, falls die Einwilligung erteilt wird.)

Datum:

Unterschrift: