

Dr. Rainer Übel

Zahnarzt

Implantologie (DGI zertifiziert)
Parodontologie (DGP zertifiziert)

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geschlecht: m w

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

Name der Krankenkasse / Versicherung

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> | Privat versichert - im Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen) |
| <input type="checkbox"/> | Privat versichert - nicht im Standardtarif oder Erweiterten Standardtarif (Basistarif-Bedingungen) | <input type="checkbox"/> | Privat versichert - im Standardtarif |
| <input type="checkbox"/> | Beihilfeberechtigt | | |

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Gesundheitszustand

Bitte
ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie) Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein

Herzoperation Ja Nein

Herzschrittmacher Ja Nein

Infektionserkrankungen:

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein

Schmerzmittel Ja Nein

Antibiotika Ja Nein

andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein

Asthma Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Rheuma Ja Nein

Epilepsie Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Nierenfunktionsstörungen Ja Nein

Ohnmachtsneigung Ja Nein

andere:

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum Ja Nein

Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag

Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat:

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und Zahlungspflichtiger/
Erziehungsberechtigter