



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich willkommen in der PraxisKlinik KocheL!

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken und unsere PraxisKlinik aufgesucht haben. Im Interesse einer möglichst sicheren und reibungslosen Behandlung, bitten wir Sie, die Fragen auf dieser und der folgenden Seite möglichst genau und vollständig zu beantworten und die erforderlichen Einwilligungen zu unterzeichnen.

Für Rückfragen hierzu stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Straße _____ Wohnort _____ PLZ _____

Tel. Privat _____ dienstlich _____

Mobil _____ E-Mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

gesetzlich versichert private Versicherung _____

beihilfeberechtigt Zusatzversicherung _____

Versicherte(r), Zahlungspflichtige(r) oder gesetzlicher Betreuer

(falls abweichend)

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Straße _____ Wohnort _____ PLZ _____

Tel. Privat _____ Mobil _____

Ihr Hausarzt (Patient)

Name _____ Anschrift _____

Ihr Zahnarzt (Patient)

Name _____ Anschrift _____

Sie wurden überwiesen von Ihrem Zahnarzt Hausarzt Hautarzt _____

Frühere Krankheiten _____

Frühere Operationen _____



Dauerhafte Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Clopidogrel, etc.)

	ja	nein		ja	nein
Herz-Kreislaufkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Herzpass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Infektionskrankheiten

	ja	nein
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Allergien

	ja	nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Latex	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergiepass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Weitere Allergien _____

Tumorerkrankungen

	ja	nein
Chemotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestrahlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Knochenerkrankungen

	ja	nein
Bisphosphonatbehandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liegt eine Schwangerschaft vor?	ja	nein	Woche:	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Liegt ein Pflegegrad vor?			Grad:	_____
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Patient, Zahlungspflichtiger/Vertreter