



WÜRZLER & WILL PRAXISKLINIK AM THEATER

ORAL-, KIEFER- & GESICHTSCHIRURGIE
IMPLANTOLOGIE

PATIENTENAUFNAHME

Patient (Name, Vorname, Geburtstag): _____

Versicherter (Name, Vorname, Geburtstag): _____

Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.): _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Beruf (Patient): _____

Krankenkasse: _____

Beihilfe: ja nein

Überweisender Arzt/Zahnarzt: _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Wenn ja welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate?
(Medikamente bei Knochenstoffwechselstörungen, Osteoporose und nach Tumorleiden) ja nein

Besteht eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Allergie? ja nein

Wenn ja welche? _____

Zuckerkrankheit (Diabetes), insulinpflichtig? ja nein

Blutungsneigung? ja nein

Hepatitis? ja nein

HIV-positiv? ja nein

Schwangerschaft/Stillen? ja nein

Röntgenaufnahmen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich im letzten Jahr? ja nein

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

Aufgrund welcher Beschwerden sind Sie hier? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

(Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz sowie der ärztlichen Schweigepflicht.) _____

Datum und Unterschrift