



# WÜRZLER & WILL PRAXISKLINIK AM THEATER

ORAL-, KIEFER- & GESICHTSCHIRURGIE  
IMPLANTOLOGIE

## PATIENTENAUFNAHME

**Patient** (Name, Vorname, Geburtstag): \_\_\_\_\_

**Hauptversicherter** (Name, Vorname, Geburtstag): \_\_\_\_\_

**Adresse** (PLZ, Wohnort, Straße, Haus-Nr.): \_\_\_\_\_

**Telefon** privat \_\_\_\_\_ geschäftlich \_\_\_\_\_

**Mobiltelefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ **Beruf** (Patient): \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt/Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Sind Sie wegen einer Erkrankung in medizinischer Behandlung  ja  nein

Wenn ja, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Bisphosphonate?  ja  nein

(Medikamente bei Knochenstoffwechselstörungen, Osteoporose und nach Tumorleiden)

Besteht eine Herz-/Kreislaufkrankung?  ja  nein

Allergie?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit (Diabetes), insulinpflichtig?  ja  nein

Welche andere Erkrankung besteht? \_\_\_\_\_

Blutungsneigung  ja  nein

?

Hepatitis?  ja  nein

Wenn ja, welche Art der Hepatitis? \_\_\_\_\_

HIV-positiv  ja  nein

Schwangerschaft / Stillen?  ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden \_\_\_\_\_

Sollen wir bei Ihnen im Rahmen einer Operation Gewebe entnehmen, wird dies zur Untersuchung eingeschendet. Für die bei Privatpatienten entstehenden Kosten erhalten Sie eine Rechnung des Pathologen.

(Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz sowie der ärztlichen Schweigepflicht): \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift