



**PRAXISKLINIK FÜR DENTALE IMPLANTOLOGIE
LEITUNG DR. TORSTEN BETTIN**

MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE · AMBULANTE OPERATIONEN IM DÄMMERSCHLAF ODER IN VOLLNARKOSE
COMPUTERGESTÜTZTE DREI-DIMENSIONALE IMPLANTATSETZUNG, DVT-DIAGNOSTIKZENTRUM
AM RATSBAUHOF 8 · 31134 HILDESHEIM · FON 05121/694111 · FAX 05121/694100

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN UND AM EMPFANG ABGEBEN!

Name	Vorname
Geb.-Datum	Beruf
Straße	(PLZ) Wohnort
Tel. privat	Handy
Arbeitgeber	Tel. dienstl.
Krankenversicherung	E-mail
Beihilfe	
Private Zahn-Zusatzversicherung	
Auf Empfehlung durch Arzt/Zahnarzt	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	

Bei minderjährigen Patient/innen (Kindern) – zahlungspflichtige Person:

Name	Vorname
Adresse, falls abweichend	Geb.-Datum

Was der Arzt wissen muss... (bitte Zutreffendes ankreuzen ggf. unterstreichen)

- Besteht erhöhte Blutungsneigung (z. B. bei Schnittverletzungen etc.)
oder entstehen leicht blaue Flecken? ja nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z. B. Aspirin; Marcumar etc.)?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Besteht eine Allergie oder Überempfindlichkeit
(z. B. Latex; Betäubungsmittel; Medikamente; Asthma; Penicillin etc.)?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit oder ist der Blutdruck erhöht
(z. B. Herzfehler; Herzrhythmusstörungen; Herzschrittmacher etc.)?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
- Besteht eine chronische Erkrankung
(z. B. Schilddrüsenstörung; Zuckerkrankheit; Krampfanfälle etc.)?
Wenn ja, welche _____ ja nein
- Besteht eine akute oder chronische Infektionskrankheit
(z. B. Hepatitis; AIDS; Tbc etc.)? ja nein
- Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie schwanger? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Trinken Sie übermäßig Alkohol? ja nein
- Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, weshalb? _____ ja nein

Datum, Unterschrift Patient/ Eltern/Sorgeberechtigte