

PATIENT

Patientennr.:

Nachname

Vorname

Titel

Adresse

PLZ

Stadt

Land

Geb.

Telefon

Versicherung

Beruf

Email

KRANKENGESCHICHTE

JA NEIN

Stehen Sie derzeit in ärztlicher Behandlung?

☐ ☐

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? *Falls ja, welche?*

☐ ☐

Haben Sie Allergien? *Falls ja, welche?*

☐ ☐

Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen?

☐ ☐

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

☐ ☐

Leiden Sie an Bluterkrankungen?

☐ ☐

Leiden Sie an epileptischen Anfällen? *Falls ja, welche?*

☐ ☐

Leiden Sie an Diabetes?

☐ ☐

Haben Sie Infektionskrankheiten wie HIV, Hepatitis B/C? *Falls ja, welche?*

☐ ☐

Sind Sie schwanger?

☐ ☐

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

☐ ☐

Leiden Sie an Problemen mit dem Kiefergelenk?

☐ ☐

Hiermit gebe ich ausdrücklich Zustimmung zur Verarbeitung sensibler medizinischer Daten gemäß DSGVO Art 4 Z 11. Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Anästhesie zur Fahruntauglichkeit führen kann. Bei Änderungen von Daten oder der Krankengeschichte werde ich diese zeitnah mitteilen.

Ich bestätige zum heutigen Datum bei der oben angeführten Krankenkasse versichert zu sein.

Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können bitten wir Sie um zeitgerechte Absage (24h vorher), da wir andernfalls die unentschuldigte versäumte Sitzung in der Höhe von bis zu € 200 in Rechnung stellen müssen.

Datum

Ing. Dr. med. dent. OMAR **HAMID** MSc
Orale Chirurgie, Implantologie, Ästhetik, 3D

Unterschrift