



Dr. med. Ralf Kühn
Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihr Praxisteam

	PATIENT	HAUPTVERSICHERTER
Name:		
Vorname:		
Geboren am:		
Straße:		
PLZ / Ort:		
Krankenkasse / Versicherung:		
Telefon privat:		
Telefon beruflich:		
E-mail:		

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (Mehrfachnennungen möglich)

Ich wurde überwiesen. Name der Praxis:

Die Praxis wurde mir persönlich empfohlen von:

Für Kassenpatienten: Wir brauchen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatienten betrachten und Sie erhalten eine Rechnung nach GOZ.

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

Lungenerkrankung (Asthma, TBC, Bronchitis)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> welche:
Allergien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> welche:
Blutdruck	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch ggf. Werte:
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Herz- und Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen (Herzklappen, Herzinfarkt etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wann:
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wann:
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wann:
Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> welche:
Nervenerkrankungen (Epilepsie, psychische Erkrankung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung (Überfunktion?)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (Medikamente?)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> welche:
Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Krankheit, die hier nicht aufgeführt ist?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> welche:
Neigen Sie zu Nachblutungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> welche:
Nehmen Sie laufend Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> welche:
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Woche:
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Zigaretten am Tag:

Was ist der Grund Ihres Besuches? Haben Sie besondere Wünsche oder Erwartungen?

Für einen reibungslosen Praxisablauf – ohne längere Wartezeiten – ist es wichtig, dass Sie Ihre Termine genau einhalten. Können Sie einen Termin nicht wahrnehmen, geben Sie uns bitte drei Tage vorher Bescheid. Bei versäumten Terminen müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Rechnung stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum und Unterschrift