

KLIEMEDGENBERG

ORALCHIRURGIE

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!
Bitte füllen Sie die Vorder- und Rückseite gewissenhaft aus.

// PATIENT

Vorname: Name: geb. am:

Straße: Tel. privat:

PLZ: Ort: Tel. geschäftl.:

Beruf*: Arbeitgeber*:

Überwiesen von: Empfohlen durch:

Hausarzt: Mail-Adresse*:

(*freiwillige Angabe)

Gesetzlich versichert: ja nein Privat versichert: ja nein

Krankenversicherung: Versicherung:

Zusatzversicherung: ja nein Beihilfeberechtigt: ja nein

// VERSICHERTER

Selbstversichert (folgende Angaben müssen nicht ausgefüllt werden)

Versichert mit Ehemann, Ehefrau, Mutter bzw. Vater (bitte folgende Angaben zum Versicherten ausfüllen)

Vorname: Name: geb. am:

Straße: Tel. privat:

PLZ: Ort: Tel. geschäftl.:

Im Rahmen der Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes! Sollten beim Ausfüllen Fragen bestehen, sind wir Ihnen gerne bei der Beantwortung an der Rezeption behilflich.

// GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) ja nein

Durchgemachte Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)..... ja nein

Klappenersatz ja nein

Bitte ausfüllen
oder ankreuzen

ja nein



