

Praxis am Löwentor

Dr.med. Dr.med.dent. Steffen Kless
Dr.med. Dr.med.dent. Thomas Schaal
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Plastische Operationen
Implantologie



PATIENT

Name: Vorname: Geb.:
Straße + Hausnr.
PLZ + Ort:
Tel: Mobil:
E-Mail:
Krankenkasse: Schwangerschaft: ja nein

VERSICHERTER (falls abweichend vom Patienten)

Name: Vorname: Geb.:
Straße + Hausnr.
PLZ + Ort:

BEHANDELNDE ÄRZTE

Überweisender Arzt/Zahnarzt:
Hausarzt:

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Erkrankungen von Herz, Kreislauf, Lunge	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Infektionserkrankungen (z.B. HIV, TBC, Hepatitis)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Stoffwechselstörungen (z.B. Zucker, Schilddrüsenerkrankungen)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Allergien/Arzneiunverträglichkeiten	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Krampfleiden/Epilepsie	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blutgerinnungsstörungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blutverdünnende Medikamente (ASS, Xarelto, Eliquis etc.)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Medikamente für den Knochenstoffwechsel (Bisphosphonate)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sonstige Medikamente	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rauchen Sie?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> pro Tag:	<input type="text"/>

ICH BESTÄTIGE DIE RICHTIGKEIT MEINER ANGABEN

Ort, Datum

Unterschrift