DR. CHRISTIAN ARNOLD
ORALCHIRURGIE

Wir freuen uns, dass Sie uns für die anstehende Behandlung Ihr Vertrauen geschenkt haben. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten und um Komplikationen zu vermeiden, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Name / Vorname (Patient): _____

Geburtsdatum: _____

Wenn mitversichert, Name/Vorname Hauptmitglied & Geburtsdatum:

_____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Handy: _____

Dürfen wir mit Ihnen per E-Mail-Kontakt aufnehmen? ja O nein O

E-Mail: _____

Versicherung: _____

Zahnarzt / Kieferorthopäde: _____

Hausarzt: _____

**Um etwaigen Risiken besser vorbeugen zu können bitten wir um Angabe ob bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vorliegt.**

1. Allergien gegen Medikamente? ja O nein O
   wenn ja, gegen: _____
   (falls vorhanden, legen Sie uns bitte Ihren Allergiepass vor)
2. Herz- und/oder Kreislauferkrankungen? ja O nein O
   wenn ja, welcher Art? _____
3. Diabetes oder andere Stoffwechselkrankheiten? ja O nein O
   wenn ja, welcher Art? _____
4. Besteht oder bestand ein Tumor / onkologische Erkrankung? ja O nein O
5. erhöhte Blutungsneigung? ja O nein O
   wenn ja, aufgrund von: _____
6. Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung? ja O nein O
7. Schilddrüsenerkrankung? ja O nein O

**Bitte wenden** →

8. schwere Infektions- oder Autoimmunerkrankung ja O nein O
   (HIV, Tbc, Hepatitis o.ä.) wenn ja, welche: _____
9. Asthma? ja O nein O
10. Schwangerschaft? ja O nein O
11. Nehmen Sie im Augenblick Medikamente? ja O nein O
    wenn ja, welche: _____
    _____
12. Rauchen Sie? ja O nein O
13. Die letzte Röntgenaufnahme der Zähne oder des Kopf- Halsbereiches war am
    _____

**Wir möchten ihre Behandlung in Ruhe, ohne Zeitdruck, zu einem festen Termin innerhalb eines bestimmten Zeitraumes, durchführen. Sie werden daher gebeten, die Bestellung einzuhalten. Im Verhinderungsfall bitten wir Sie den vereinbarten Termin 48 Stunden vor Behandlungsbeginn abzusagen. Sollte dies versäumt werden, so müssen wir Ihnen die uns hieraus entstehenden Ausfallkosten - zumindest anteilig - in Höhe von 75 € je angefangene halbe Stunde in Rechnung stellen.**

Im Rahmen der Behandlung von Patienten erheben wir in unserer Praxis Daten zu Ihrer Person, zu Ihrem Versichertenstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand. Diese Daten werden entsprechend der datenschutzrechtlichen Vorgaben behandelt. Den Hinweis zur Datenverarbeitung in unserer Praxis habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Datum: Ebersberg, _____

Unterschrift Patient/in

_____

Bei Minderjährigen, gesetzliche/r Vertreter/in:

_____