

Praxis für Oralchirurgie
Abdul-Rahman Al-Zouhby
Marienstr. 54, 52249 Eschweiler
Tel.: 02403 / 80 94 840

Familienname: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
PLZ – Wohnort: _____
Straße: _____
Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Versicherter: _____

Die Abrechnung soll erfolgen mittels Krankenversichertenkarte
 Privatrechnung nach GOÄ/GOZ

Privat versichert: ja bei: _____

Rechnungsstellung an _____

Für Ihre Behandlung benötigen wir folgende Angaben, die selbstverständlich der Schweigepflicht unterliegen:

Leiden Sie an:

- Herz- und Kreislaufbeschwerden ? _____
- Ohnmachtsneigung ? _____
- Allergien / Asthma / Heuschnupfen ? _____
- Arzneimittelüberempfindlichkeit (z.B. Penicillin)? _____
- Infektionskrankheit (TBC, Gelbsucht, AIDS o.ä.)? _____
- Blutkrankheit, Blutungsneigung ? _____
- Diabetes ? _____
- Rheuma ? _____
- Lebererkrankung ? _____
- Schilddrüsenerkrankung ? _____
- sonstige Erkrankungen ? _____

Nehmen Sie z.Zt. Medikamente regelmäßig ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ihr Hausarzt: _____

Ihr Zahnarzt: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-/Kieferbereich geröntgt worden? ja nein

Hiermit verweisen wir zudem auf unsere aktuelle Datenschutzerklärung unter:

<https://www.oralchirurgie-eschweiler.de/datenschutz>

Datum _____

Unterschrift _____

Patient bzw. Erziehungsberechtigter