



Grothues 25, 48351 Everswinkel Tel:02582-65205 Fax:02582-65231

Patient: _____
Name Vorname geb. am

Mitglied: _____
Name Vorname geb. am

Anschrift: _____
Straße Ort

Telefon: _____
privat beruflich Handy

Geburtsort: _____ Überweiser: _____

Geburtsname: _____ Beruf: _____

E-Mail: _____ Versicherung: _____

Pflegegrad nach § 15 SGB XI Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX

Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir um folgende Angaben:

	Ja	Nein
Herz-Kreislauf-Erkrankungen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie auf eine Endokarditis-Prophylaxe (Herzinnenhautentzündung) angewiesen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten? (Hepatitis, Tbc, AIDS/HIV, o.a.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Krankheiten: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelüberempfindlichkeiten / Allergien? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chron. Atemwegserkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungsneigung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn Ja wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörung / Schnarchen ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiefergelenksbeschwerden? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche ? _____		
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche ? _____		
Besteht eine Schwangerschaft ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann wurden Sie das letzte mal Im Kopf-Hals Bereich geröntgt. _____		

Möchten Sie in unser RECALL-PROGRAMM aufgenommen werden ? Ja Nein

Möchten Sie zur Termin-Erinnerung eine SMS am Tag vorher bekommen? Ja Nein

Unsere Praxis ist eine Terminpraxis. Das heißt, wir reservieren den Termin ausschließlich für Sie. Wir bemühen uns, diesen Termin pünktlich einzuhalten. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir um rechtzeitige Absage, damit wir den Termin weitervergeben können. Termine, die weniger als 24 Stunden im Voraus ohne plausiblen Grund abgesagt oder verschoben werden, werden gegebenenfalls, gemessen an der tatsächlichen entstandenen Wartezeit des Behandlers, in Rechnung gestellt. Diese Kosten werden nicht von Ihrer Krankenkasse übernommen.

Datum: _____

Unterschrift: _____