

**MKG AM PARK**  
**DR. MED. EIKE LANGER & KOLLEGEN**

70350

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Versicherter: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Überweisender Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Grund der Überweisung: \_\_\_\_\_

Durch den Gesetzgeber und durch aktuelle Gerichtsentscheidungen werden wir mit immer größeren Auflagen belastet. Ich bitte daher um Ihr Einverständnis, dass im Falle meines Todes oder Ausscheidens aus meiner Praxis Ihre Krankenunterlagen meinem Nachfolger überlassen werden dürfen.

**Privatpatienten** bitte ich um Ihr Einverständnis, dass die Rechnungsstellung von einer ärztlich überwachten privatärztlichen Verrechnungsstelle erfolgt. Damit diese für mich tätig werden kann, erhält sie neben Ihren o. g. Daten auch Diagnosen und Leistungsnummern der Behandlung. Als ärztliche Gemeinschaftseinrichtung unterliegt die privatärztliche Verrechnungsstelle natürlich der Schweigepflicht.

**Datenschutzrechtliche Einwilligung** stimmt der Speicherung seiner/ihrer personenbezogenen Daten durch Praxis zu. Er/Sie wird darauf hingewiesen, dass er/sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Zusätzlich zu der örtlichen Betäubung ist eine Behandlung im Dämmerzustand oder Vollnarkose möglich. Bei beiden Zusatzleistungen ist eine Begleitung und eine 24-Stunden Betreuung erforderlich.**

Selbstkosten für Dämmerzustand (Sedierung) ca. 120 Euro

ja

nein

Selbstkosten für die Behandlung in Selbstzahlernarkose ca. 250 Euro

ja

nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte wenden**

**Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient!**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen über Ihre Krankheitsgeschichte ausführlich und bringen Sie bei schwierigen Vorerkrankungen einen hausärztlichen Befundbericht mit. Sie helfen damit, das Operationsrisiko zu vermindern!  
Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Haben oder hatten Sie in der letzten Zeit Schmerzen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?

wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

wo? \_\_\_\_\_

wie stark? \_\_\_\_\_

welche Ärzte o. Zahnärzte haben Sie wegen dieser Beschwerden bereits aufgesucht?

\_\_\_\_\_

Ihre Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

Ihr Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Herzschwäche, Herzkrämpfe (Angina Pectoris)

ja

nein

unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)

ja

nein

Herzschrittmacher

ja

nein

Herzklappenersatz

ja

nein

Zu hoher Blutdruck

ja

nein

Ohnmachtsanfälle

ja

nein

Nehmen Sie Schlaf- oder Beruhigungsmittel

ja

nein

Diabetes (Zuckerkrankheit)

ja

nein

Schilddrüsenerkrankungen

ja

nein

Rheuma

ja

nein

Osteoporose

ja

nein

Einnahme gerinnungshemmender Mittel

ja

nein

Nachblutungen nach Extraktionen

ja

nein

Blutarmut (Anämie)

ja

nein

Hautausschläge

ja

nein

Arzneimittel-Überempfindlichkeit (Penicillin)

ja

nein

Heuschnupfen

ja

nein

Leberentzündung (Hepatitis)

ja

nein

HIV-Infektion (AIDS)

ja

nein

Tumorleiden (Krebs)

\_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen

\_\_\_\_\_

Raucher

Ja

nein

Anzahl der Zigaretten:

\_\_\_\_\_

Operationen und Krankenhausaufenthalte

ja

nein

\_\_\_\_\_

(Bei Frauen) Sind Sie schwanger ?

ja

nein

Welcher Monat?

\_\_\_\_\_

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die letzten Röntgenaufnahmen beim Zahnarzt (nicht älter als sechs Monate)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_