

**Dr. Matthias Brüntjen, Andrea Green, Anja Tönnies Paul-Tantzen-Str. 6-8
Zahnärzte**

**26125 Oldenburg
Tel.: 0441/ 602070
Fax: 0441/ 602017**

Dr. Brüntjen & Partner, Paul-Tantzen-Str.6, 26125 Oldenburg

Nachname, Vorname (Patient)

Geburtsdatum, Geburtsort

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)

Telefon (geschäftlich)

E-Mail

Beruf

Name der Krankenkasse / Versicherung

Wünschen Sie die Aufnahme in unser Erinnerungssystem

Ja Nein

Gesetzlich versichert

mit privater Zusatzversicherung

Privat versichert

Besitzen Sie ein regelmäßig geführtes Bonusheft

Hausarzt - Name, Adresse, Telefon

Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Erziehungsberechtigter

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:

Gesundheitszustand

Bitte ankreuzen

Zusätzliche Informationen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Ja Nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Ja Nein

Herzklappenerkrankung/-defekt

Ja Nein

Herzerkrankung

Ja Nein

Herzoperation

Ja Nein

Herzschrittmacher

Ja Nein

- **Bitte wenden** -

Infektionskrankheiten

HIV Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
andere:

Allergien / Unverträglichkeiten:

Lokalanästhetika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
andere:

Weitere Erkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Asthma Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Osteoporose Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
andere:

Allgemeine Angaben:

Raucher Ja Nein Wenn ja, 0-10 über 10 Zig./Tag
Regelmäßige Medikamente Ja Nein Wenn ja, seit wann / Name:

Frühere Röntgenuntersuchung Ja Nein Wenn ja, Datum / Körperteile:
Besitzen Sie einen Röntgenpass Ja Nein

Schwangerschaft Ja Nein Wenn ja, welcher Monat:

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten **Informationen** gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschriften Patient und
Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter
