

# ORALCHIRURGIE AM KLINKERBERG

Dr. Markus Hiebsch M.Sc.  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (DGI)  
Spezialist für Keramikimplantate (ISMI/IAOCI)

Klinkenberg 2  
86152 Augsburg  
Tel. +49 821 / 246 42 88  
Fax. +49 821 / 246 42 89  
Mail info@dr-hiebsch.de  
www.dr-hiebsch.de

## Anmeldebogen

Name | Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Anschrift des Patienten

Beruf des Patienten

Name des Versicherten

Geburtsdatum des Versicherten

Anschrift des Versicherten

Beruf des Versicherten (freiwillig)

Arbeitgeber des Versicherten (freiwillig)

Krankenkasse

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Überweisung bzw. Empfehlung durch

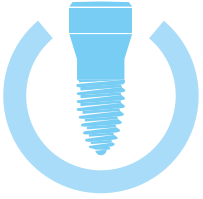
Name und Anschrift des Hausarztes

Ihr überweisender Arzt/Zahnarzt wird einen Bericht erhalten.

**Um bei der Erkennung und Behandlung Ihrer Beschwerden bzw. Ihrer Krankheit nichts unberücksichtigt zu lassen, bitten wir Sie, uns folgende Fragen zu beantworten:**

Anlass der Behandlung (z. B. Wurzelspitzenresektion, Zahnentfernung, Hautveränderung o. ä.)

Bitte wenden



# ORALCHIRURGIE AM KLINKERBERG

Dr. Markus Hiebsch M.Sc.  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie (DGI)  
Spezialist für Keramikimplantate (ISMI/IAOCI)

Leiden Sie an einer Krankheit, wegen der Sie sich in ärztlicher Behandlung oder Überwachung befinden, z. B. Herzerkrankung, Bluthochdruck, Diabetes, o. ä.?  
Wenn ja, an welcher Krankheit?

 ja nein

Nehmen Sie regelmäßig irgendwelche Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?

 ja nein

Haben oder hatten Sie früher einmal eine ansteckende Krankheit, z. B. Gelbsucht, AIDS, Tuberkulose o.ä.?  
Wenn ja, welche Krankheit?

 ja nein

Bestehen Allergien, z. B. gegen Medikamente?  
Wenn ja, gegen was bzw. welches Medikament?

 ja nein

Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

 ja nein

## Laut Röntgenverordnung vom 08.01.1987 müssen Sie vor der Untersuchung folgende Fragen beantworten:

Wurden Sie in den vergangenen zwei Jahren im Kopfbereich geröntgt?  
Wann etwa? In welcher Praxis?

 ja nein

Weshalb?

Wurden Sie früher mit Röntgenstrahlen im Kopfbereich behandelt, z. B. Tumorbestrahlung?  
Wenn ja, warum?

 ja nein

In welchem Krankenhaus?

Wurden Sie bereits nuklearmedizinisch untersucht, z. B. Schilddrüsen-Radio-Jod-Test: Szintigraphie?

 ja nein

Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.  
Sie werden darauf hingewiesen, dass diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen werden kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Datenschutzhinweise liegen im Wartezimmer aus.  
Dies könnte auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus gehen.

 ja nein

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

## Letzte Aktualisierung:

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter