

Dr. Robert Nieberler
Dr. Sophia Nieberler-Steff
Dr. Bastian Steff
Fachzahnärzte für Oralchirurgie
Praxisgemeinschaft

Lochhauser Straße 4
82178 Puchheim
Tel.: 089 – 807461 Fax: 089 – 808459

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!

Patient _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Mitglied _____
Name _____ Vorname _____ geb. _____

Anschrift _____
Straße _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Krankenkasse _____ Telefonnummer _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Hausarzt _____ Handy _____

Überwiesen von Zahnarzt _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:

Leiden Sie unter **Herz- Kreislauferkrankungen?** Ja Nein seit wann? _____
(z.B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Thrombose, Stents, Herzrhythmusstörungen, welche? _____
Herzklappenfehler, Herzschrittmacher, künstliche Herzklappe) _____

Leiden Sie an **Infektionskrankheiten?** Ja Nein seit wann? _____
(z.B. TBC, HIV, Hepatitis A, B, C) welche? _____

Leiden Sie an **chronischen Krankheiten?** Ja Nein welche? _____
(z.B. Schilddrüsenerkrankung, Epilepsie, Glaukom, Rheuma, Arthrose)

Leiden Sie unter **Diabetes-, Leber- oder Nierenerkrankung?** Ja Nein welche? _____

Leiden Sie an einer **Lungenerkrankung?** Ja Nein welche? _____
(z.B. Asthma, COPD)

Leiden Sie an einer **Allergien?** Ja Nein welche? _____
(z.B. Arzneimittelunverträglichkeit, Pollen, sonstige Allergien)

Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente** ein? Ja Nein welche? _____
(z.B. Marcumar, Eliquis, Brilique, Heparin, Plavix, Pradaxa, Xarelto, ASS, Lixiana)

Werden Sie wegen **Osteoporose oder Krebsleiden** mit **Bisphosphonaten** behandelt? Ja Nein Ich nehme? _____
(z.B. Actonel, Fosamax, Bonefos, Didronel, Zomate, Clodron, Ostac, Skelid, Aredia, Bondronat)

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein? Ja Nein welche? _____

Haben Sie einen künstlichen Gelenkersatz (Hüfte, Knie usw.) Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein wie viele? _____ Sind Sie schwanger? Ja Nein Monat _____

Sonstiges: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Folgende Bisphosphonate oder Ähnliches nehme ich ein:

<u>Wirkstoff</u>	<u>Handelsname</u>
<input type="radio"/> Alendronsäure	Fosamax
<input type="radio"/> Clodronsäure	Bonefos, Clodron, Ostac
<input type="radio"/> Etidronsäure	Etidronat
<input type="radio"/> Ibandronsäure	Bondronat, Bonviva
<input type="radio"/> Zoledronsäure	Aclasta, Zometa
<input type="radio"/> Denosumab	Prolia, Xgeva, Protelos
<input type="radio"/> Bevacizumab	Avastin
<input type="radio"/> Risedronsäure	Actonel, Risedronat
<input type="radio"/> Pamidronsäure	Aredia, Novapam, Pamidro, Pamidronat, Pamifos, Ribdronat

Ich nehme keines dieser Medikamente gegen Osteoporose oder Krebsleiden.

Unterschrift: _____

Hinweise zum Datenschutz

- Es ist mir bekannt, dass ich die Möglichkeit habe die Datenschutzhinweise der Praxisgemeinschaft Nieberler & Steff zu lesen und diese bei Wunsch auch als Kopie ausgehändigt bekomme. Hierzu gibt Ihnen die Rezeption gerne Auskunft.
- Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Zahnarzt/meine behandelnde Zahnärztin die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vetretungshalber mit dem/den Kollegen bzw. der/den Kollegin/nen aus der Praxisgemeinschaft Nieberler & Steff sämtliche erforderliche medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Personen (Sprechstundenhilfe, Fachangestellte).