



Mund-, Kiefer, Gesichtschirurgie
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Zahnmedizin

Tel: 0202/450545, Morianstraße 32, 42103 Wuppertal

Dr. med. dent. Sybille Scheerer, Dr. med. Maya Reißer, Dr. med. Dr. med. dent. Wulf Scheerer,
Dr. med. univ. Dr. med. dent. Friedrich Scheerer, ZA Vincent Schwall

Patient:

Vorname Nachname Geburtsdatum

Versicherter:

Vorname Nachname Geburtsdatum

Straße Hausnummer Plz Ort

Krankenkasse Beruf

Name des Arbeitgebers Anschrift des Arbeitgebers

Telefonnummer E-Mail-Adresse

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Kreislaufkrankungen: _____

Infektionskrankheiten: _____

Innere Krankheiten: _____

Allergien: _____

Arzneimittelunverträglichkeit: _____

Nehmen Sie derzeit oder dauerhaft Medikamente ein? Ja. Nein.

Wenn ja, welche? _____

Schwangerschaft: Ja, in der _____ Woche. Nein.

Bitte nennen Sie uns den Grund Ihres Praxisbesuchs:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kieferchirurgie | <input type="checkbox"/> Zahnmedizin | <input type="checkbox"/> Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Narkosebehandlung | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie | <input type="checkbox"/> Allergologie |
| <input type="checkbox"/> plastische Chirurgie | <input type="checkbox"/> Implantologie | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung |

Datenschutz: Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung mit den Leistungsträgern sowie der Speicherung der Daten innerhalb der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen einverstanden.

Empfohlen durch:

Überwiesen durch:

Datum

Unterschrift