



Mund. Kiefer. Gesicht.

Praxisklinik Prof. Stelzle

ANMELDEBOGEN ÄSTHETISCHE UND PLASTISCHE BEHANDLUNGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Wir, das Praxisteam, möchten Ihnen den Aufenthalt in unserer Praxis so angenehm wie möglich gestalten. Zur Anlage Ihrer persönlichen Behandlungskartei und im Interesse einer komplikationsfreien Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. **Alle Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht.**

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname

Titel

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Hausarzt, Ort

Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet
- Empfehlung durch: _____
- Sonstiges: _____

ANGABEN ZU IHREM BEHANDLUNGSWUNSCH

Behandlungswunsch: _____

Wie lange denken Sie bereits über diesen Wunsch nach? _____

Was erwarten Sie sich von der Behandlung? _____

Wünschen Sie Informationen zu weiteren ästhetischen Gesichtsbehandlungen und -eingriffen?

- Ja, zu folgenden Behandlungen: _____
- Nein

Wünschen Sie Informationen zu einer Finanzierung?

- Ja
- Nein

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Körpergröße: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder Erkrankungen an den aufgeführten Organsystemen?

Allgemeinerkrankungen	Ja	Nein	Herzkrankheiten	Ja	Nein
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Klappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grüner Star	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Endokarditis/-prophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma, Gelenkerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Nieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten	Ja	Nein
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV/AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunsuppression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MRSA (Krankenhauskeim)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verlängerte Blutungszeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Creutzfeldt-Jakob	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie Allergien?

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welche Woche? _____

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

Konsumieren Sie Alkohol?

Wenn ja, was und wie viel? _____

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie eines der folgenden Arzneimittel ein?

	Ja	Nein		Ja	Nein
Blutdruckmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Antidepressiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenmedikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kortison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche? _____

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Dürfen wir Sie zukünftig kontaktieren, um Sie beispielsweise an Termine zu erinnern?

Falls ja, auf welchem Weg? Per Post Per E-Mail Per SMS

Ich versichere die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben. Sollten sich im Laufe der Behandlung Änderungen ergeben, werde ich die Praxis hierüber unverzüglich informieren.

Die ärztlichen, ästhetisch intendierten Leistungen werden von Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Florian Stelzle ausschließlich privat in Rechnung gestellt. Ich habe hiermit verstanden, dass ich bei ästhetisch intendierten Leistungen Selbstzahler/-in bin.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten