



Patienten mit Privatversicherungen

Sind Sie im Basistarif versichert? J N

Haben Sie eine private Zusatzversicherung J N

Sind Sie Beihilfe-versichert? J N

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende an!

- | | |
|--|---|
| <p>1. Allergie gg. Medikamente/Desinfektionsmittel
Welche? _____ <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>2. Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung?
Welche? _____ <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>3. Nehmen Sie „Blutverdünner“?
Welche? _____ <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>4. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>5. Glaukom (grüner Star) <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>6. Chronische Infektionskrankheiten
Welche? _____ <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>7. Nierenerkrankungen/Dialyse
Welche? _____ <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>8. Neurologische Erkrankungen
Welche? _____ <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> | <p>9. Tumorerkrankungen <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Welche? _____</p> <p>11. Suchterkrankungen/ Rauchen <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Welche? _____</p> <p>12. Seelische Erkrankungen <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Welche? _____</p> <p>13. Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich
(innerhalb der letzten 5 Jahre) <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>14. Sonstiges: <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>15. Medikamente: <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N
Welche? _____</p> <p>16. Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>17. Sind Sie 18 Jahre oder älter? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> <p>18. Für Eltern: geteiltes Sorgerecht? <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N</p> |
|--|---|

Sollten im Rahmen der Behandlung Privat- oder Wunschleistungen erforderlich werden, rechnen wir diese über ein Rechenzentrum ab. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis uns zu diesem Zweck von unserer Schweigepflicht zu entbinden.

Telefonnummer: _____
 Email: _____
 Ort/Datum: _____
 Unterschrift: _____