

# Dr. Elia Bokhobza

## Oralchirurgie Neuburg | Donau

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name/Geburtsdatum des Patienten

---

Anschrift des Patienten

---

---

Name/Geburtsdatum und

---

Anschrift des Versicherten

---

(falls abweichend)

---

---

Telefonnummer

---

Überweisender Zahnarzt/Arzt

---

Hausarzt:

---

Name der Krankenversicherung

---

Zusatzversicherung/Beihilfe

---

### *Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht:*

Hiermit entbinde ich die Oralchirurgische Praxis Dr. Elia Bokhobza von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen (Arztbriefe, Befundberichte, Röntgenbilder, Modelle etc.) an die weiterbehandelnden Ärzte/Zahnärzte übersandt werden.

Ich erkläre mich weiterhin damit einverstanden, dass die Oralchirurgische Praxis der/dem weiterbehandelnden Kollegin/Kollegen auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt.

---

Ort, Datum

Unterschrift

# Dr. Elia Bokhobza

## Oralchirurgie Neuburg | Donau

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen!

	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bisphosphonate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aledronsäure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokartitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumorerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche?		
Herzklappenfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Angina pectoris, Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasen-Nieren-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	HIV, AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Raucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Drogenkonsum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche?		
Wenn ja, welche?			_____		
_____			_____		
_____			_____		

*Hinweis:* Die Injektion örtlicher Betäubungsmittel beeinträchtigt die Fahrtüchtigkeit. Wir empfehlen, innerhalb von 24h nach Lokalanästhesie keine Fahrzeuge oder Maschinen zu steuern.

Ort, Datum

Unterschrift