



**Dr. Dr. Philipp Plugmann**

Dr. med. dent. Dr. scient. med.

MSc MSc MBA

Zahnarzt

### Angaben zum Patienten

Name, Vorname

Geburtstag

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Tel. Privat

Tel. Mobil

E-Mail

Arbeitgeber

Beruf

### Angaben zum Versicherungsnehmer

Name, Vorname

Geburtstag

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Privat zusatzversichert

Beihilfe

Name der Versicherung

### Gesundheitszustand des Patienten

Wir benötigen folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit.

Ich hatte bereits eine Zahnfleischbehandlung

Ich habe bereits Implantate

Ich möchte regelmäßig an einem Prophylaxeprogramm teilnehmen.

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden

### Liegt bei Ihnen eine Allgemeinerkrankung vor?

Allergien

gegen

Asthma

Zuckererkrankung

Blutgerinnungsstörungen

Schilddrüsenerkrankungen

HIV-Infektion

TBC

welche

Herzinfarkt

Herzschrittmacher

Schlaganfall

Lähmungen

Es besteht eine Schwangerschaft

Es gibt die regelmäßige Einnahme von Medikamenten

welche

Es besteht eine Unverträglichkeit auf Medikamente

welche

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift