



**Dr. med. Hans-Walter Raupach**  
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie  
Marienstr. 3  
30171 Hannover  
e-mail: [hwraupach@htp-tel.de](mailto:hwraupach@htp-tel.de)  
[www.dr-raupach-kieferchirurgie.de](http://www.dr-raupach-kieferchirurgie.de)

Liebe Patientin,  
lieber Patient,

vielen Dank, dass Sie zur Behandlung in meine Praxis kommen. Diese wird nach dem Bestellsystem geführt. Das bedeutet für sie in der Regel nur geringe Wartezeiten. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, so sagen Sie diesen bitte möglichst früh ab, d. h. spätestens 24 Stunden vorher. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akuten Schmerzen) in meine Praxis, müssen Sie mit Wartezeiten rechnen.

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

#### **Patient/in**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

#### **Mitglied/Zahlungspflichtiger**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_

#### **Gesetzliche Krankenversicherung/ Beihilfe/ private Versicherung**

Name des Kostenträgers: \_\_\_\_\_

#### **Beruf des Mitgliedes**

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### **Bitte nennen Sie uns Ihren(-e)**

**Zahnarzt (-ärztin)** Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

**Arzt (-ärztin)** Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_



**Dr. med. Hans-Walter Raupach**  
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie  
Marienstr. 3  
30171 Hannover  
e-mail: [hwraupach@htp-tel.de](mailto:hwraupach@htp-tel.de)  
[www.dr-raupach-kieferchirurgie.de](http://www.dr-raupach-kieferchirurgie.de)

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie meiner Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

**1. Hatten / haben sie eine der folgenden Krankheiten?**

	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Leiden sie unter allergischen Reaktionen / Unverträglichkeiten von Medikamenten bzw. Materialien**

ja  nein  wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_

**3. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente?**

ja  nein  wenn ja, welche? (Marcumar, ASS)  
\_\_\_\_\_

**4. Blutdruck**

niedrig  normal  hoch  ggf. Werte? \_\_\_\_\_

**5. Welche Medikamente nehmen sie ein?**

Nur zur Zeit? \_\_\_\_\_

Dauerhaft? \_\_\_\_\_

**6. Rauchen Sie?**

ja  nein

**7. Besteht eine Schwangerschaft?**

ja  nein  ungewiss  ggf. wievielte Woche? \_\_\_\_\_

**8. Sonstige Angaben / andere Krankheiten**

\_\_\_\_\_

**9. Haben Sie einen Röntgenpass?**

ja  nein  Wann war die letzte Röntgenuntersuchung?  
(Datum / Körperteil) \_\_\_\_\_

**10. Wie / durch wen wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?**

\_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und Stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_