

Formulario de admisión

Dr. K. Tilo Bartels - Odontólogo, Cirugía oral
Theatinerstr. 47 - 80333 München - Tel: +49 (0)89 2 99 99 1

Bienvenidos a nuestra clínica!

Estimado paciente, rogamos se tomen tiempo para rellenar con tranquilidad este formulario, son dos hojas.
Las respuestas sinceras que se refieran a su estado de salud son para nosotros muy importantes, así como para el tratamiento, para saber cual es el tratamiento más adecuado. Si durante el tiempo, en el que Usted esta en nuestra clínica en tratamiento, hubiese algún cambio, rogamos nos lo indiquen.
Toda la información con respecto a su salud esta bajo juramento odontológico.

Muchas por su colaboración, Atentamente Dr. Tilo Bartels

Paciente
Apellidos Nombre Fecha de nacimiento

Asociado
Apellidos Nombre Fecha de nacimiento

Dirección del paciente
Calle estancia habitual correo electrónico

Dirección del asociado
Calle estancia habitual correo electrónico

Dirección del trabajo
Empresa Dirección correo electrónico

Teléfono
Privado de trabajo/ diario

Profesión

Seguridad social o Seguro privado

.....
Asociado asegurado obligatorio Asociado asegurado libre
Seguro privado adicional Ayuda
Seguro social privado no asegurado

Quién le ha aconsejado a nosotros o transmitido?

Nombre y dirección o numero de teléfono de su **Medico de cabecera / Internista:**

Con que otros **médicos o terapeutas** esta Usted en tratamiento en el momento o tratamiento habitual y de que tipo de enfermedad se trata?

rogamos giren la hoja >

Formulario de admisión

Que tipo de medicamentos toma Usted habitualmente?	
A que tipo de medicamentos o otros productos es Usted alérgico ?	
Tiene Usted alguna cartilla de alergia ?	si/no
Es Usted asmático ?	si/no
Esta Usted en algún tratamiento dental o quirúrgico, es decir, por alguna herida ha sangrado mucho tiempo ?	si/no
Toma Usted algún producto atcoagulante (por ejemplo, Marcumar, Aspirina)	si/no
Bebe Usted regularmente más de tres cervezas o vino al día?	si/no
Es Usted fumador?	Poco /fuerte /no
Toma Usted drogas?	si/no
Se le ha detectado alguna enfermedad del corazón ?	si/no
Tienen Usted un marca paso o válvula coronaria ?	si/no
Tiene Usted la tensión alta ?	si/no
Ha tenido Usted alguna insinuación de ataque al corazón ?	si/no
Toma Usted productos para aumentar su rendimiento o tranquilizantes?	si/no
Tiene Usted habitualmente dolor de cabeza?	si/no
Ha tenido Usted algún ataque epiléptico (ataque espasmódico)?	si/no
Es Usted diabético (azúcar)?	si/no
Tienen Usted alguna enfermedad de ?	si/no
Tiene alguna enfermedad ocular ?	si/no
Sufre Usted alguna enfermedad de estómago ?	si/no
Ha tenido Usted alguna vez alguna enfermedad de hígado (ictericia, Hepatitis)?	si/no
Ha tenido Usted alguna enfermedad de riñón ?	si/no
Ha tenido Usted tuberculosis o enfermedad venérea ?	si/no
Puede haber la posibilidad, que Usted sea HIV positivo ?	si/no
Ha sido Usted operado alguna vez de la cavidad nasal (por ejemplo cavidad mandibular)?	si/no
Tiene Usted molestias en el aparato motor (por ejemplo Columna vertebral)?	si/no
Ha tenido Usted alguna lesión en la cabeza / operado?	si/no
Ha sido Usted tratado alguna vez por alguna enfermedad de tumor?	si/no
Alguna enfermedad adicional?	si/no
Si es afirmativo, cual?	
Se ha realizado Usted en los últimos doce meses alguna radiografía?	si/no
Si es afirmativo, en que parte del cuerpo?	
Podría haber la posibilidad de un embarazo o suposición de ello?	si/no
Datos adicionales revelantes para el tratamiento:	

Tenga en cuenta los siguientes consejos! Después de una inyección no debería en tres horas coger el coche.

Munich, el.....

Firma