



PRAXISKLINIK FÜR MUND-, KIEFER- & ÄSTHETISCHE GESICHTSCHIRURGIE, IMPLANTOLOGIE

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT, LIEBE ELTERN,

wir bitten Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns dadurch, bei Ihnen eventuell gegebene Gesundheitsrisiken besser zu erkennen. Somit kann die Behandlung besser auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtet werden.

Vielen Dank für Ihre freundliche Hilfe! Das Team der Praxisklinik

Patient/-in Name, Vorname		Geburtsort	Geburtsdatum
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text" value="T T . M M . J J J J"/>
Anschrift: Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefonnummern:		E-Mail-Adresse	
<input type="text" value="TAGSÜBER, MOBIL"/>	<input type="text" value="PRIVAT"/>	<input type="text" value="BERUFLICH"/>	<input type="text"/>
Hausarzt		Zahnarzt	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Sie sind zur Zeit noch bei einem anderem Arzt in Behandlung? ( z.B. Internisten, HNO-Arzt etc.)



Versicherter (Hauptversicherter), Name, Vorname, Anschrift		Geburtsdatum
<input type="text"/>		<input type="text" value="T T . M M . J J J J"/>
Name der Krankenkasse		
<input type="text"/>		

Evtl. gesetzlicher Vertreter:

<input type="text" value="NAME"/>	<input type="text" value="VORNAME"/>	<input type="text" value="TELEFONNUMMER(N)"/>
-----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------------------

Besteht bei Ihnen eine chronische Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, Aids, Tuberkulose)?

Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine **Allergie** oder Überempfindlichkeit?

Wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/> – Ja	<input type="checkbox"/> – Nein	Rauchen Sie?	Anzahl der Zigaretten pro Tag: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> – Ja	<input type="checkbox"/> – Nein	Sind Sie schwanger?	
<input type="checkbox"/> – Ja	<input type="checkbox"/> – Nein	Leiden/Litten Sie an erhöhtem Blutdruck? Blutdruckwert:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> – Ja	<input type="checkbox"/> – Nein	Leiden/Litten Sie an einer Atemwegs- oder Lungenerkrankung (z. B. Asthma)?	

Bitte wenden!



PRAXISKLINIK FÜR MUND-, KIEFER- & ÄSTHETISCHE GESICHTSCHIRURGIE, IMPLANTOLOGIE

- Ja     – Nein      Sind Sie zuckerkrank (haben Sie Diabetes)?
- Ja     – Nein      Leiden/Litten Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?
- Ja     – Nein      Leiden/Litten Sie an einer Lebererkrankung?
- Ja     – Nein      Hatten Sie Ohnmachts- oder Krampfanfälle?
- Ja     – Nein      Leiden/Litten Sie an grünem Star (Glaukom)?
- Ja     – Nein      Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung?

Haben/hatten Sie eine Herzerkrankung, einen Herzfehler oder Herzbeschwerden? Hatten Sie bereits eine Herz-OP?

Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_ T T . M M . J J J J

Wurde bei Ihnen eine Bypass-OP durchgeführt oder haben Sie einen Herzklappenersatz oder einen Herzschrittmacher?

Wenn ja, welche/-n? \_\_\_\_\_



Haben Sie im Rahmen einer Osteoporosetherapie oder Tumorthherapie eine Behandlung mit Bisphosphonaten erhalten (z. B.: Zometa, Aredia, Actonel, Bondronat, Fosamax, Bonefos, Ostac)?

Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_ T T . M M . J J J J

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?

Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

Leiden sie aktuell an sonstigen Erkrankungen?

Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (auch die „Pille“ oder Vitaminpräparate)?

Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie dem Arzt im persönlichen Gespräch mit, ob Sie an einer Suchtkrankheit leiden oder früher gelitten haben (Alkohol, Medikamente, Drogen, usw.). Für uns ist diese Information äußerst wichtig, da wir in diesen Fällen bei unserer Auswahl der Medikamente für Ihr Wohlergehen besondere Rücksicht nehmen müssen!!! Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich unter Berücksichtigung aller Datenschutzrichtlinien behandelt!

Wolfenbüttel, den \_\_\_\_\_ T T . M M . J J J J

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. der/des Erziehungsberechtigten