

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Vorbehandlung

Bestanden bei/nach (zahn)ärztlicher Behandlung allergische Reaktionen, Kreislaufprobleme o.ä. ja nein

Blut

Blutarmut (Anämie) ja nein

Blutgerinnungsstörung (z.B. Nachbluten bei Verletzungen) ja nein

Durchblutungsstörungen ja nein

Herz/Kreislauf

Erhöhter Blutdruck ja nein

Niedriger Blutdruck ja nein

Herzrhythmusstörungen ja nein

Herzschwäche, Angina pectoris, Herzinfarkt Wenn ja, wann? ja nein

Herzschrittmacher ja nein

Herzklappenerkrankung, Herzklappenersatz ja nein

Lunge

Asthma, chronische Bronchitis ja nein

Tuberkulose ja nein

Stoffwechsel

Knochenschwund (Osteoporose) ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Lebererkrankung, Hepatitis, Gelbsucht ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Nervensystem

Krampfleiden (Epilepsie) ja nein

Depression ja nein

Schlaganfall ja nein

Augen

Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck) ja nein

Allergien

Medikamenten-Allergie ja nein

Latex-Allergie ja nein

Haben Sie einen Allergiepaß? ja nein

Sonstige Erkrankungen

Ansteckende Krankheiten (z.B. Hepatitis, HIV, AIDS) Wenn ja, welche? ja nein

Krebserkrankung Wenn ja, welche? ja nein

Bestehen Erkrankungen, nach denen wir nicht gefragt haben?

Wenn ja, bitte auch auf der Rückseite aufschreiben! ja nein

Weitere Fragen

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel? ja nein

Verwenden Sie Drogen? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? (bitte auch auf der Rückseite aufschreiben) ja nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis **mkg bad schwartau** meinen überweisenden Arzt bzw. Zahnarzt telefonisch, schriftlich oder elektronisch über meine hier durchgeführte Beratung oder Behandlung informiert, also Behandlungsdaten und Befunde übermittelt. ja nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. ja

Mir ist bekannt, dass ich nach einer Behandlung in örtlicher Betäubung oder Narkose kein Fahrzeug führen darf. ja

Datum

Unterschrift des Patienten

patientenbogen

praxis für
mund-, kiefer- und gesichtschirurgie
plastische operationen
dr. dr. daniel hübger
prof. dr. dr. dirk hermes

bad schwartau
mkg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
helfen Sie uns, Ihnen bestmöglich zu helfen, indem Sie diesen Bogen aufmerksam und wahrheitsgetreu bearbeiten.
Ihre Angaben werden im Zuge der Schweigepflicht natürlich streng vertraulich behandelt.
Gerne füllen wir diesen Bogen auf Wunsch auch mit Ihnen gemeinsam aus.
Ihr Praxisteam

Fragen zum Patienten

Vorname

Name

Adresse

Telefon

Hausarzt

Krankenkasse

Hauptversicherter, falls abweichend vom Patienten

Name, Vorname

Bitte beantworten Sie die Fragen auf der Rückseite.

Platz für Informationen