



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.

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"/>	<input type="text"/>
Telefonnummern:	E-Mail-Adresse	
<input type="text" value="TAGSÜBER, MOBIL"/>	<input type="text" value="PRIVAT"/>	<input type="text"/>
Hausarzt	Zahnarzt	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Versicherter (Hauptversicherter), Name, Vorname	Krankenkasse	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="T T . M M . J J J J"/>

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente  
(z. B. Marcumar, Warfarin, ASS, Aspirin, Plavix, Godamed) ein?

Wenn ja, welches?

Leiden Sie an einer angeborenen oder erworbenen Blutgerinnungsstörung?

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine Allergie oder Überempfindlichkeit (z. B. gegen Pflaster, Medikamente, Antibiotika, Kontrastmittel, Latex oder lokale Betäubungsmittel)?

Wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/> – Ja	<input type="checkbox"/> – Nein	Rauchen Sie? Wenn ja, Anzahl der Zigaretten pro Tag?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> – Ja	<input type="checkbox"/> – Nein	Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?			
<input type="checkbox"/> – Ja	<input type="checkbox"/> – Nein	Bestehen bei Ihnen Anzeichen einer Schwangerschaft?			
<input type="checkbox"/> – Ja	<input type="checkbox"/> – Nein	Leiden Sie an erhöhtem Blutdruck?			
<input type="checkbox"/> – Ja	<input type="checkbox"/> – Nein	Leiden Sie an Herzrhythmusstörungen oder tragen sie einen Herzschrittmacher?			
<input type="checkbox"/> – Ja	<input type="checkbox"/> – Nein	Haben Sie bereits einen Herzinfarkt erlitten? Datum:	<input type="text" value="T T . M M . J J J J"/>		

bitte wenden!



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

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen des Herzmuskels (z. B. koronare Herzkrankheit, Angina pectoris, Herzkranzgefäßerkrankung) oder wurde bei Ihnen bereits eine Bypassoperation durchgeführt?

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an einer bisher nicht aufgeführten Herzerkrankung (z. B. Klappenschädigung, künstl. Herzklappenersatz, Herzinsuffizienz, Herzmuskelerkrankung)?

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, welche und wann?



Leiden Sie an einer bisher nicht aufgeführten Herzerkrankung (z. B. Klappenschädigung, künstl. Herzklappenersatz, Herzinsuffizienz, Herzmuskelerkrankung)?

Wenn ja, welche?

Dosierung:

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



Unterschrift des Patienten/in bzw. der/des Erziehungsberechtigten

Vielen Dank für Ihre freundliche Hilfe!  
Das Team der Praxisklinik

Möchten Sie uns sagen, wie Sie auf die Praxisklinik aufmerksam geworden sind?  
Haben Sie Fragen und Anregungen?