



 Praxisklinik für **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie** Bonn-Rhein-Sieg

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____._____._____

Ihre Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Für Priv.-Versicherte:Basistarif (Nachweis erforderlich): ☐ ja ☐ neinBeihilfe: ☐ ja ☐ nein**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

	ja	nein		ja	nein
Neigen Sie zu Ohnmacht?	☐	☐	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?	☐	☐
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	☐	☐	Durchblutungsstörungen?	☐	☐
Infektionserkrankung (Hep, HIV ...)?	☐	☐	Blutgerinnungsstörungen?	☐	☐
Gab es Probleme bei lokaler Betäubung?	☐	☐	Nervenerkrankungen?	☐	☐
Haben Sie künstliche Gelenke?	☐	☐	Lungenerkrankungen?	☐	☐
Schilddrüsenerkrankung?	☐	☐	Anfallsleiden (Epilepsie)?	☐	☐
Bisphosphonate (Krebs/Osteoporose)?	☐	☐			
Haben Sie Herzerkrankungen/-operationen?	☐	☐	Wenn ja, welche? _____		

Haben Sie in letzter Zeit blutverdünnende Medikamente eingenommen? ☐ ja ☐ neinBesteht Medikamentenunverträglichkeit? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____Sind Allergien bekannt? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____Sind andere Erkrankungen bekannt? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche SSW? _____

Name des überweisenden Arztes/Zahnarztes _____ Name des behandelnden Kieferorthopäden _____

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass nach einer Behandlung unter Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) oder Medikamenteneinnahme die Verkehrstüchtigkeit oder die Fähigkeit zur Führung von Kraftfahrzeugen beeinträchtigt sein kann.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung, die in der Praxis als separates Informationsblatt ausliegt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____