

# KLIEMEDGENBERG

## ORALCHIRURGIE

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!  
Bitte füllen Sie die Vorder- und Rückseite gewissenhaft aus.

### // PATIENT

Vorname: ..... Name: ..... geb. am: .....

Straße: ..... Tel. privat: .....

PLZ: ..... Ort: ..... Tel. geschäftl.: .....

Beruf\*: ..... Arbeitgeber\*: .....

Überwiesen von: ..... Empfohlen durch: .....

Hausarzt: ..... (\*freiwillige Angabe)

Gesetzlich versichert:  ja  nein Privat versichert:  ja  nein

Krankenversicherung: ..... Versicherung: .....

Zusatzversicherung:  ja  nein Beihilfeberechtigt:  ja  nein

### // VERSICHERTER

Selbstversichert (folgende Angaben müssen nicht ausgefüllt werden)

Versichert mit Ehemann, Ehefrau, Mutter bzw. Vater (bitte folgende Angaben zum Versicherten ausfüllen)

Vorname: ..... Name: ..... geb. am: .....

Straße: ..... Tel. privat: .....

PLZ: ..... Ort: ..... Tel. geschäftl.: .....

Im Rahmen der Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes! Sollten beim Ausfüllen Fragen bestehen, sind wir Ihnen gerne bei der Beantwortung an der Rezeption behilflich.

# KLIEMEDGENBERG

## ORALCHIRURGIE

### // GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

Bitte ausfüllen  
oder ankreuzen

		ja	nein
<b>Herzerkrankungen:</b>	Herzschwäche (Insuffizienz) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchgemachte Endokarditis (Herzinnenhautentzündung).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Klappenersatz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma, Angina pectoris .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Herzpass? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kreislaufkrankungen:</b>	Zu hoher Blutdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zu niedriger Blutdruck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	Ohnmachtsanfälle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Augenerkrankungen:</b>	Schilddrüsenerkrankungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besteht ein Grüner Star (Glaukom) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja: .....		
	(z.B. Depression, Epilepsie/Krampfleiden, M. Parkinson, Alzheimer oder weitere) Schlaganfall, wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bluterkrankungen:</b>	Blutungsneigungen (Hämophilie) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergie gegen:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja: .....		
	(z.B. gegen Medikamente (Penicillin/Schmerzmittel), Latex, Jod, Spritze/Lokalanästhesie) Besitzen Sie einen Allergiepass? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionskrankheiten:</b>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AIDS/HIV .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Immunsystem:</b>	Einnahme von Cortison .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tumorerkrankungen:</b>	Zustand nach Organtransplantation .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welche Tumorerkrankung lag bzw. liegt vor? .....		
	Bestrahlung im Kopf/Halsbereich in den letzten 10 Jahren? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Knochenstoffwechsel:</b>	Chemotherapie zurzeit bzw. in letzter Zeit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ist eine Osteoporose bekannt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja welche (z.B. Fosamax, Actonel, Bondronat, Bonviva, Zometa)? .....		
	Wenn ja wie (täglich? Wöchentl.? Monatl., Tabletten? Oder Infusionen?) .....		
<b>Weitere Angaben:</b>	Nehmen Sie monoklonale Antikörper (Denosumab) ein?: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haben Sie Asthma? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja welche? .....		

(z.B. blutverdünnende Medikamente, wie z.B. Marcumar, ASS 100, Pradaxa, Xarelto, Eliquis explizit, Blutdrucktabletten usw.)

Ich verpflichte mich alle Änderungen, die während der gesamten Behandlungszeit auftreten, umgehend mitzuteilen. Meine Angaben zur Krankenversicherung sind vollständig und richtig. Falsche Angaben zu meiner Person oder meiner Krankenversicherung können zu rechtlichen Konsequenzen führen. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Ihre Daten in unserer EDV speichern und bearbeiten.

Datum: ..... Unterschrift: ..... (Patient/gesetzl. Vertreter)