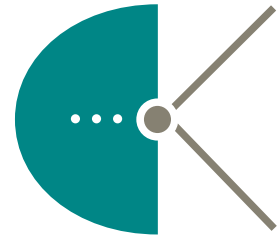


# Bitte vor der Behandlung ausfüllen!



PRAXIS  
für Mund-, Kiefer-,  
Gesichtschirurgie  
GRUNDMANN  
KRAUSHAAR

## ▶ Fragen zur Person:

<b>Patient</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Name	Vorname	Geburtsdatum
<b>Anschrift</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Straße u. Haus-Nr.	PLZ	Ort
<b>Krankenkasse</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		Versicherungsnehmer/Rechnungsempfänger (falls vom Patienten abweichend)	
<b>Telefon</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	privat	mobil	beruflich
<b>Email</b>	<input type="text"/>		
<b>Beruf</b>	<input type="text"/>		
<b>Ärzte</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Zahnarzt	Hausarzt	
<b>Grund Ihres Besuches</b>	<input type="text"/>		
<b>Wer hat uns empfohlen?</b>	<input type="text"/>		

## ▶ Fragen zu Vorerkrankungen:

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie um Beantwortung des folgenden Fragebogens. Bitte beachten Sie, dass die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und Ihrer eigenen Sicherheit dienen.

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Nehmen Sie Medikamente ein?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, welche?</b>	<input type="text"/>	

<b>Herz/Kreislauf:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Angina Pectoris <input type="checkbox"/></li> <li>· Bypass-OP <input type="checkbox"/></li> <li>· Stent <input type="checkbox"/></li> <li>· Herzschrittmacher <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/></li> <li>· Herzschwäche (Insuffizienz) <input type="checkbox"/></li> <li>· Erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>Blut:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z.B. Marcumar, ASS, Plavix, Pradaxa, Xarelto) <input type="checkbox"/></li> <li>· Störung der Blutgerinnung/Blutungsneigung <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<b>Lunge:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Asthma <input type="checkbox"/></li> <li>· Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/></li> <li>· Tuberkulose <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<b>Stoffwechsel:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/></li> <li>· Lebererkrankung <input type="checkbox"/></li> <li>· Osteoporose <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Schilddrüsenerkrankung: Überfunktion/Unterfunktion <input type="checkbox"/></li> <li>· Nierenerkrankung <input type="checkbox"/></li> </ul>
<b>Nervensystem:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Epilepsie <input type="checkbox"/></li> <li>· Depressionen <input type="checkbox"/></li> </ul>	
<b>Allergien:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Medikamenten-Allergie <input type="checkbox"/></li> <li>· Penicillin-Allergie <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Latex/Gummi-Allergie <input type="checkbox"/></li> <li>· Liegt ein Allergie-Pass vor? <input type="checkbox"/></li> </ul>

## ▶ Gleich ist es geschafft...

	Ja	Nein
<b>Bestehen sonstige Erkrankungen?</b> Wenn ja welche?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leiden Sie an Infektionskrankheiten?</b> (HIV, Aids, Hepatitis B/C etc.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie jemals mit sog. Bisphosphonaten behandelt worden?</b> (z.B. bei Osteoporose, Tumorerkrankungen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rauchen Sie?</b> Wenn ja, wieviel pro Tag?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trinken Sie regelmäßig Alkohol?</b> Wenn ja, wieviel?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Verwenden Sie regelmäßig Drogen?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie schwanger?</b> Wenn ja, in welcher Woche?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>	