

**PRAXISBOGEN** - Seite 1 von 2

Herzlich willkommen in meiner Praxis „Gesichtschirurgie am Klieversberg“. Unabhängig davon, ob Sie nur zur Beratung oder zur Planung einer umfangreichen Operation zu uns kommen, bitten wir Sie, die folgenden 2 Seiten in Ruhe durchzulesen und auszufüllen. Dies dient vor allem Ihrer Sicherheit, da wir bei jedem Patienten individuell auf seine Krankheiten und Medikamente eingehen müssen. Vielen lieben Dank! Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt.

Name:  Vorname:   
Geburtsdatum:  PLZ, Ort:  ,   
Straße:

evtl. Hauptversicherter/Eltern/Betreuer:

Name:  Vorname:   
Geburtsdatum:  PLZ, Ort:  ,   
Straße:

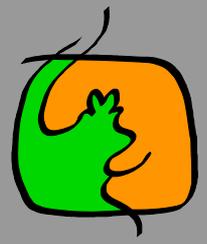
Telefon privat:  Telef. dienstl.:  Mobil:   
Krankenkasse:  Privatversicherung:   
Hausarzt:   
Haus-Zahnarzt:   
Beruf:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und Behandlungsdaten an den Hausarzt/Haus-Zahnarzt zu Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können. Ferner bin ich damit einverstanden, dass beim Hausarzt/Haus-Zahnarzt vorliegende Befunde und Behandlungsdaten, soweit diese für die Behandlung hier in der Praxis erforderlich sind, angefordert werden können.

JA  NEIN

Wolfsburg, den  Unterschrift: \_\_\_\_\_





Name:

**PRAXISBOGEN** - Seite 2 von 2

	ja	nein	unbek.
Waren Sie vor kurzem noch in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- gerinnungshemmende Medikamente? (z.B. ASS, Clopidogrel, Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bisphosphonate (z.B. Zometa, Aredia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie <b>früher</b> eine Therapie mit Bisphosphonaten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Allergie? Wenn ja, welche? (Allergiepass?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
Treten bei Ihnen nach Verletzungen und Zahnentfernungen stärkere Blutungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden oder litten Sie an nachstehend aufgeführten Krankheiten:

	ja	nein	unbek.		ja	nein	unbek.
Herzerkrankung (Klappenersatz, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Endokarditis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Hepatitis, AIDS/HIV, Lues/Syphillis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher/Herzpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie, MS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher / Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut (Anämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegs-/Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen (z.B. Dialyse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organtransplantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Operationen (z.B. Gelenkersatz, Tumorentfernung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	unbek.
Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist? Wenn ja, an welcher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>			

Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?	<input type="text"/>		
Datum:	<input type="text"/>		

Größe:  cm

Gewicht:  kg

Wolfsburg, den  Unterschrift: \_\_\_\_\_

