



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Wir benötigen neben Angaben zu Ihren Personalien auch einige Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand (Rückseite). Dies ist wichtig für eine bestmögliche und risikoarme Behandlung. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Unklarheiten können Sie uns gerne fragen.

Vielen Dank.

Ihre Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

Dr. Dr. Frank Renné & René Rammholdt

MITGLIED / PATIENT

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 Geschlecht m w

Krankenkasse oder Versicherung _____

VERSICHERTER / ZAHLUNGSPFLICHTIGER

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Wohnort _____

Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 Geschlecht m w

PATIENTENANGABEN

Tel. Privat _____

Tel. tagsüber / Mobil _____

E-Mail _____

Beruf _____

Arbeitgeber / Institution mit Anschrift _____
(v. a. wichtig bei Arbeits- oder Schulunfällen)

Zuweisender Arzt / Zahnarzt _____

Hausarzt / Internist _____

Weitere behandelnde Ärzte _____

bitte wenden ►►►

KEINE ALLERGIEN

ALLERGIEN (Medikamente, Jod, Latex, Nahrungsmittel, Pollen) **ALLERGIEPASS** vorhanden

KEINE MEDIKAMENTE

MEDIKAMENTE (Herz- und Blutdruckmedikamente, Schmerzmittel, Rheumamittel, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel, Antidiabetika, „Antibabypille“ und Medikamente die den Knochenstoffwechsel [v.a. Bisphosphonate] oder die Blutgerinnung [z.B. Aspirin/ASS, Marcumar/Phenprocoumon, Plavix/Iscover/Clopidogrel oder Ticlopidin] beeinflussen)

KEINE ERKRANKUNGEN

ERKRANKUNGEN (Asthma und Lungenerkrankungen, Blutungsneigungen oder Gerinnungsstörungen, Schlaganfälle, Infarkte, Thrombosen und Durchblutungsstörungen, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Herzschrittmacher, Herzklappenersatz, Krampfanfälle, Depressionen, Angstzustände, Lähmungen, Diabetes, Augen-, Magen-, Darm-, Leber-, Nierenerkrankungen, Knochen- und Gelenkerkrankungen, künstliche Gelenke, Infektionserkrankungen – insbesondere HIV, Hepatitis A, B oder C oder Tuberkulose-, Tumorleiden, Immunschwächen)

KEINE BESCHWERDEN IM BEWEGUNGSAPPARAT / KOPFVERLETZUNG

Wurden Sie im Kopfbereich verletzt / operiert (auch Kieferhöhle) oder haben Beschwerden am Bewegungsapparat (z. B. Halswirbelsäule)?

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

SSW

Sonstige für Ihre Behandlung relevante Angaben (z. B. Drogenkonsum, Betreuungen, Verfügungen)

Ich weiß, dass ich nach ambulanten Eingriffen nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf.

Ich habe diesen Bogen nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige, dass alle Angaben richtig sind.

Meine E-Mail Adresse darf zur Kommunikation mit dieser Praxis genutzt werden.

Mönchengladbach, _____

Unterschrift Patient

Unterschrift Erziehungsberechtigter