



Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Oralchirurgie Implantologie

Dr. Dr. Volker Nasse | Dr. Dr. Tim Bartholl

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um eine sichere Behandlung zu gewährleisten, bitten wir Sie, das nachstehende Formular auszufüllen.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Mobil: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____ Zahnzusatzversicherung vorhanden? Ja Nein

Beruf: _____

Rechnungsempfänger/Hauptversicherter: _____

ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

- Wer ist Ihr Zahnarzt? _____
- Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen? Ja Nein
- Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Ja Nein
- Nehmen Sie Medikamente (z. B. Bisphosphonate, Denosumab etc.) ein, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen z. B. bei Osteoporose? Ja Nein
- Nehmen Sie weitere Medikamente regelmäßig ein? Welche? _____ Ja Nein
- Hatten Sie im Kopf-Hals-Bereich eine Strahlentherapie? Ja Nein

Leiden Sie unter:

- Allergien (z. B. Penicillinallergie)? Welche? _____ Ja Nein
- Herz-/Kreislaufkrankungen? Welche? _____ Ja Nein
- rheumatischen Erkrankungen? Ja Nein
- Lebererkrankungen (Gelbsucht)? Ja Nein
- Diabetes? Ja Nein
- Nierenerkrankung? Ja Nein
- infektiösen Erkrankungen? (z. B. HIV, Hepatitis, MRSA) Welche? _____ Ja Nein
- Tumorerkrankung? Welche? _____ Ja Nein
- sonstigen Erkrankungen? _____ Ja Nein
- Rauchen Sie? _____ Ja Nein
- Besteht eine Schwangerschaft? Welcher Monat? _____ Ja Nein

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter. Ich entbinde die Praxis MKG LaVie von ihrer Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden zahnärztlichen und ärztlichen Kollegen und erkläre mich damit einverstanden, dass mit diesen diagnostische Unterlagen zum Zwecke der Behandlungsplanung und -durchführung ausgetauscht werden können.

Dorsten, _____

Unterschrift _____