

PATIENTENANGABEN

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Vor- und Nachname des
Hauptversicherten: _____

Geburtsdatum d. Hauptversicherten: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Name des Hausarztes: _____

Name des Zahnarztes: _____

Name des überweisenden Arztes: _____

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung
wegen einer Grunderkrankung, z. B. Diabetes, Herz, usw?

 ja

 nein

Wenn ja, welche Grunderkrankung: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

 ja

 nein

Wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu Nachblutung nach Verletzungen?

 ja

 nein

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen:

Herz-Kreislaufsystem: zu hoher Blutdruck ja nein

zu niedriger Blutdruck ja nein

Herzschmerzen (Angina pectoris) ja nein

Herzinfarkt ja nein

Herzfehler ja nein

Herzrhythmusstörungen ja nein

Blut: Blutergüsse, auch ohne Verletzungen ja nein

auffällige Blutungsneigung ja nein

Gerinnungsstörung ja nein

Blutarmut ja nein

Leukämie ja nein

Stoffwechsel: Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Schilddrüsenunterfunktion ja nein

Schilddrüsenüberfunktion ja nein

Nieren:	Entzündungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Dialysepflichtig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verdauungstrakt:	Speiseröhrenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemwege und Lunge:	Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bewegungsapparat:	Gelenkerkrankung (Arthritis, Arthrose)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Knochenerkrankung (Osteoporose)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nerven/Gemüt:	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Gemütsleiden (Depressionen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien:	Jod	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Pflaster	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Penicillin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Latex	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Sonstiges _____		

Leiden Sie an einer Abwehrschwäche (z. B. HIV-Infektion) oder an einer Autoimmunerkrankung (z. B. Sklerodermie)? ja nein

Leiden Sie an MRSA? ja nein

Wurden Sie schon im Mundbereich operiert? ja nein

Wenn ja, wann und welcher Eingriff: _____

Gab es dabei Komplikationen (z. B. Infekt)? ja nein

Haben sich Komplikationen auf Grund des Betäubungsverfahrens ergeben? Wenn ja, welche: _____

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft: ja nein

Erklärung des Patienten:

Die vorausgegangenen Fragen hab ich nach bestem Wissen beantwortet.

In bestimmten Fällen können zur wissenschaftlichen Dokumentation Photographien / Videos der OP-Situationen angefertigt werden.

Landshut, _____
(Datum)

Patient/Patientin bzw. Betreuer, Bevollmächtigter
Sorgeberechtigte*

*Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.