

PATIENTENANGABEN

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Vor- und Nachname
des Hauptversicherten: _____

Geburtsdatum des Hauptversicherten: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____

Hausarzt: _____

Zahnarzt: _____

Überweisender Arzt: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Internetrecherche Überweisung durch meinen Arzt

Sonstiges _____

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

	Ja	Nein
Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wegen einer Grunderkrankung, z. B. Diabetes, Herz, usw?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche Grunderkrankung? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu Nachblutung nach Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen

Herz-/Kreislaufsystem: zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------

Herzschmerzen (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------------------

Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	--------------------------

Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------

Blut: Blutergüsse, auch ohne Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

auffällige Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------

Gerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	--------------------------

Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------

Leukämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------------------------

		Ja	Nein
Stoffwechsel:	Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren:	Entzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dialysepflichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungstrakt:	Speiseröhrenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwege und Lunge:	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsapparat:	Gelenkerkrankung (Arthritis, Arthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knochenerkrankung (Osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerven/Gemüt:	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gemütsleiden (Depressionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pflaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Abwehrschwäche (z. B. HIV-Infektion) oder an einer Autoimmunerkrankung (z. B. Sklerodermie)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an MRSA (Multi-resistenter Staphylokokkus aureus)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon im Mundbereich operiert?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und welcher Eingriff: _____			

Gab es dabei Komplikationen (z. B. Infekt)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben sich Komplikationen auf Grund des Betäubungsverfahrens ergeben?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____			

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärung des Patienten:

Die vorausgegangenen Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

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

Landshut, den _____

Unterschrift Patient/Patientin bzw. Betreuer,
Bevollmächtigter oder Sorgberechtigter *

* 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.