



## MKG GRAFENBERG

Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Dr. med. Marlit Herbst & Dr. med. Dr. med. dent. Johanna Lichte

### Patientendaten

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w  d

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

### Versicherte Person (falls abweichend)

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w  d

Zuweisender Arzt / Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Weitere behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Krankenvorgeschichte

#### Erkrankungen:

Herz-/Kreislaufkrankungen

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Lungenerkrankungen (COPD/Asthma)

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus

nein  ja

Epilepsie

nein  ja

Osteoporose

nein  ja

Krebserkrankungen

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

> bitte wenden

Sonstige Erkrankungen

nein       ja, welche? \_\_\_\_\_

**Medikamente:**

nein

Blutverdünner (ASS, Marcumar, Heparin, Eliquis, Clopidogrel, etc.) welche?

Knochenstärkungsmedikamente (Tablette, Spritzen, Infusionen?) welche?

andere:

**Allergien:**

nein       ja, welche? \_\_\_\_\_

**Weitere Fragen:**

Wurden Sie bereits im Kopf-Halsbereich operiert?

nein       ja, wann? \_\_\_\_\_

Was wurde gemacht? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

nein       ja, wieviel? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?

nein       ja, SSW \_\_\_\_\_

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.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenbilder per E-Mail an mitbehandelnde Kollegen versendet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient/ -in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/ -r