



## 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: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w

### Versicherte Person

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

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

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

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

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Stillberatung / Logopädie: \_\_\_\_\_

Weitere behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Krankenvorgeschichte

Vorerkrankungen

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

Medikamente

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

Schwangerschaft

unkompliziert  Besonderheiten, welche? \_\_\_\_\_

Geburt

unkompliziert  Besonderheiten, welche? \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_

Ernährung

Muttermilch  Pre  
 Brust  Fläschchen  Brusternährungsset  andere

orale Restriktionen bei Eltern/ Geschwistern/ Großeltern/ Tanten/ Onkeln

> bitte wenden

- 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 Erziehungsberechtigte/ -r**