

Patienten-Fragebogen

Bitte in Blockschrift ausfüllen
Zutreffendes bitte ankreuzen!

Facharztpraxis Ortenau

Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie
Implantologie

Dr. med. Dr. med. dent. Jens Kuschnierz

Patient: Zuname, Vorname, Geburtsdatum:

Telefon privat / mobil:

geschäftlich / email:

Familienversichert mit:

Postleitzahl, Wohnort, Straße und Hausnummer:

Beruf:

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Name der Krankenkasse:

Überweisung / Name des Arztes

Zahnarzt

Praktischer Arzt

Facharzt für:

Weitere behandelnde Ärzte (mit Anschrift):

Wir bitten Sie, folgende Fragen vollständig zu beantworten. Die Beantwortung ist wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankung.

1. Welche Beschwerden führen Sie zu uns? _____
2. Haben Sie Schmerzen? Ja Nein
Wo und seit wann? _____
Wie stark sind Ihre Schmerzen? leicht mittel stark
3. Letzte Röntgenaufnahme im Kieferbereich? _____ (Datum)
4. Sind Sie schwanger? Ja Weiß ich nicht Nein
5. Sind Sie regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
6. Neigen Sie zu Nachblutungen? Ja Nein
Sind Sie Bluter (Hämophilie)? Ja Nein
Nehmen Sie Antikoagulantien? (Blutverdünn.) Ja Nein
7. Reagieren Sie allergisch (überempfindlich) auf bestimmte Stoffe (z.B. Penicillin)? Ja Weiß ich nicht Nein
Welche Stoffe? _____
8. Litten o. leiden Sie an folgenden Krankheiten?
 - a) Neurologische, Erkrankungen, Krampfanfälle M. Parkinson, Depressionen? Ja Weiß ich nicht Nein
 - b) Kropf, Basedow'sche Krankheit (Schilddrüsenerkrankungen) Ja Weiß ich nicht Nein
 - c) Herzerkrankungen? Welche? _____ Ja Weiß ich nicht Nein
 - d) Herzinfarkt? Wann? _____ Ja Weiß ich nicht Nein
 - e) Hoher Blutdruck? Ja Weiß ich nicht Nein
 - f) Niedriger Blutdruck? (Ohnmachtsneigung) Ja Weiß ich nicht Nein
 - g) Lungenerkrankung? (Asthma, Tuberkulose) Ja Weiß ich nicht Nein
 - h) Magen-Darm-Geschwür, -Entzündung? Ja Weiß ich nicht Nein
 - i) Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, MRSA) Ja Weiß ich nicht Nein
 - k) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? Ja Weiß ich nicht Nein
 - l) Nieren-Erkrankung? Ja Weiß ich nicht Nein
9. Hatten oder haben Sie andere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, Krankenhausbehandl.? Welche? _____ Ja Weiß ich nicht Nein
10. Nehmen Sie Medikamente ein? Welche? _____ Ja Nein

Ich versichere Ihnen, dass die Angaben vollständig sind. Änderungen während der Behandlung werde ich mitteilen.

Lahr, den

(Unterschrift)