

MKG-Chirurgie-Altona
Dres. Tobias Wilck und Tim Hanke

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,
verschiedene Krankheiten können Einfluß auf die (zahn)ärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige
Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Mit der elektronischen Speicherung Ihrer Daten sind Sie einverstanden.

Name, Vorname: _____ **Geb.-Datum:** _____
Hauptversicherer: _____ **Geb.-Datum:** _____
Straße: _____ **Telefon:** _____
PLZ, Ort: _____
Überweisender Arzt / Zahnarzt: _____ **Krankenkasse:** _____

	ja	nein		ja	nein
Neigen Sie zur Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter:		
Haben Sie zu hohen /zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Tumorerkrankungen (Krebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, welche? (Infarkt, Bypass etc.)			- Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			- Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Lebererkrankungen (z.B: Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Schlaganfall erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Blutverdünner (ASS, Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie Blutverdünner nehmen, nennen Sie uns bitte Namen und Tel. Nr.			- Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihres Hausarztes _____			- Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?			- Immunschwäche (HIV positiv)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			- Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			- sonstige Erkrankungen (z.B. Migräne) ?		

Haben Sie Allergien? _____
Wenn ja, wogegen (z.B. Medikamente) _____

Bluten Sie sehr lange bei Verletzungen? ja nein
Für Patientinnen: Sind Sie **schwanger?** ja nein
- Haben Sie Probleme bei örtlichen Betäubungen? ja nein

Möchten Sie eine Terminerinnerung per E-mail erhalten ? Ja Nein

E-mail-Adresse : _____
Sie können Ihre Einwilligung in die Terminerinnerung per E-mail jederzeit widerrufen. Die Verwendung Ihrer E-mail Adresse bleibt bis zum Zeitpunkt des Eingangs Ihres Widerrufs rechtmäßig.

Termine reservieren wir exklusiv für Sie. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Std. vorher ab. Ggfs. müsste sonst eine Rechnungsstellung erfolgen.

Datum: _____ Unterschrift: _____