Dr. med Dr. med. dent. Thomas Betz
Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Plastische Operationen -

Friedrich-List-Str. 18 ▪ 46045 Oberhausen

Tel.: 0208-3 77 60-0 ▪ Fax.: 0208-3 77 60-22 ▪ e-mail: info@mundkiefergesicht.de

Patientenaufnahme:

Name:_____ Vorname:_____ Geb.:_____

Anschrift:_____ Tel. priv.:_____

PLZ/Ort:_____ Mobil.:_____

Name d. Vers.:_____ Vorname:_____ Geb.:_____

Krankenversicherung:_____ Beihilfe? □ ja □ nein / freiwillig versichert? □ ja □ nein

Anamnese:

Überweisender Arzt/Zahnarzt? _____

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? □ja _____ □ nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? □ hoch □ niedrig □ normal

Besteht eine Herz-/Kreislauferkrankung? _____ □ja □ nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? □ja □ nein

Zuckerkrankheit? □ja □ nein

Blutungsneigung/Blutgerinnungsstörungen? □ja □ nein

Hepatitis / HIV-positiv? _____ □ja □ nein

Schwangerschaft/Stillen? □ja □ nein

Leiden Sie unter Allergien □ja _____ □ nein

Röntgenaufnahmen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich im letzten Jahr? □ja □ nein

Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke bzw. der Kaumuskulatur? □ja □ nein

Beschwerden im Sinne von Migräne/Spannungskopfschmerzen? □ja □ nein

Wurde bei Ihnen schon einmal ein größerer Eingriff an den Zähnen (z.B. Wurzelspitzenresektion, Zahnentfernung) vorgenommen? □ja □ nein

- Wenn ja, gab es dabei Komplikationen? □ja □ nein
- Welche? _____
- Bekamen Sie eine Spritze zur örtlichen Betäubung? □ja □ nein

Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz sowie der ärztlichen Schweigepflicht. Mit einer anonymen Auswertung von Daten, Röntgenbildern und Photos zu wissenschaftlichen Zwecken bin ich einverstanden / nicht einverstanden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift / Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

© Praxis f. MKG-Chirurgie Dr. Dr. Thomas Betz QS-id-017-001 27.06.2005/JEn