



Praxisinterne Notizen:  M1  M2 mitgegeben Röntgen-Bild: OPG  andere  \_\_\_\_\_

Dr. Dr. Christoph Pytlik, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | Baarerstraße 91 | 6300 Zug

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich willkommen in unserer MKG-Praxis. Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf in der Praxis etwas erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig.

- Ihre Angaben unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten	
<b>Name, Vorname, Geb.-Datum</b>	
<b>Versicherte/r</b> Nur ausfüllen, wenn Sie familienversichert sind	
<b>Wohnanschrift / Straße / PLZ / Ort</b>	
<b>Krankenversicherung</b>	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Beihilfe berechtigt welche Kasse: _____ private Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
<b>Beruf / Arbeitgeber</b>	am Arbeitsplatz Tel.:
<b>Tel. / Fax / E-Mail</b>	
<b>Zahnarzt</b>	
<b>Hausarzt</b>	

Gesundheit	
<b>frühere schwerwiegende Krankheiten</b>	
<b>zur Zeit bestehende Krankheiten</b>	<input type="checkbox"/> Herz- und Kreislauferkrankungen <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten • Hepatitis <input type="checkbox"/> B / <input type="checkbox"/> C • HIV <input type="checkbox"/> Tbc <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Leber-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung <input type="checkbox"/> angeborene Blutungsneigung
<b>andere Krankheiten:</b>	

Bitte wenden!

Gesundheit	
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> Penicillinallergie    andere:
<b>Überempfindlichkeit gegen Medikamente, wenn ja, welche?</b>	
<b>Aktuelle Medikamente</b>	<input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS 100  andere Medikamente zur Blutverdünnung:  andere:
<b>Liegt eine Schwangerschaft vor?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Frühere Röntgen- u. nuklearmedizinische Aufnahmen im Mund-Gesichts-Bereich</b>	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie

## Aufklärung:

Es wird grundsätzlich darauf hingewiesen, dass ein bestimmter Heilerfolg weder vorausgesagt noch garantiert werden kann. Alle operativen Eingriffe schließen ein gewisses Risiko ein, dass vom Patienten getragen werden muss. So können z.B. bei Operationen in örtlicher Betäubung in sehr seltenen Fällen Kreislaufversagen, lokale Gewebe- oder Nervschädigungen mit örtlicher Gefühls- oder Bewegungsstörung, Medikamenten-überempfindlichkeit oder Wundheilungsstörungen auftreten. Eine gewisse Schmerzhaftigkeit ist in den ersten Tagen nach einem chirurgischen Eingriff völlig natürlich und ist vom Schmerzempfinden des jeweiligen Patienten abhängig. Nach operativen Eingriffen ist das Steuern eines Kraftfahrzeuges nicht gestattet. Es wird empfohlen, eine Begleitperson mitzubringen. Bitte beantworten Sie die obenstehenden Fragen über die Krankheitsvorgeschichte ausführlich und bringen Sie bei schwierigen Vorerkrankungen unaufgefordert einen hausärztlichen Befundbericht mit. Sie helfen damit, das Operationsrisiko zu vermeiden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_