

Praxisklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie GmbH

MVZ Dr.Dr. H.O. Werner & Kollegen, Kriegsstr. 140, 76133 Karlsruhe

Gesundheitsfragebogen

Die Praxisklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie heißt Sie in ihren Räumlichkeiten herzlich Willkommen. Um Sie optimal beraten und auch behandeln zu können, benötigen wir einige wichtige Angaben. Sollten sich bezüglich der einzelnen Punkte irgendwelche Unklarheiten ergeben, sind wir Ihnen gerne bei der Beantwortung behilflich.

1. Angaben zur Patientin/ zum Patienten:

_____	_____	_____
Name	Vorname	geb.
_____	_____	_____
Wohnort	PLZ	Str.
_____	_____	_____
Tel. privat/mobil	Tel. geschäftlich	e-mail
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber	

2. Angaben zum Versicherten:

_____	_____	_____
Name	Vorname	geb.
_____	_____	_____
Wohnort	PLZ	Str.
_____	_____	_____
Tel. privat/mobil	Tel. geschäftlich	e-mail
_____	_____	_____
Beruf	Arbeitgeber.	

2. Angaben zur Krankenversicherung:

Name des Krankenversicherungsträgers	Geschäftsstelle
--------------------------------------	-----------------

Beihilfestelle/Zahnzusatzversicherungen	Geschäftsstelle
---	-----------------

GKV: Kostenerstattung Ja Nein **PKV:** Basistarif Ja Nein

Überweisender Arzt / Zahnarzt:

Wurden Sie an unsere Praxis empfohlen? Wenn ja, durch wen?

Bitte wenden und Rückseite auch ausfüllen. 

Leiden bzw. litten Sie schon einmal unter einer der unten angeführten Erkrankungen:

	Ja	/	Nein
Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit noch in ärztlicher Behandlung?	_____	_____	_____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?	_____	_____	_____
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten, Hautausschläge, Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinunverträglichkeit oder sonstiges)?	_____	_____	_____
Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf?	_____	_____	_____
Ist eine Erkrankung des Herzens bekannt? (Klappenersatz, Schrittmacher, Angina pectoris, Infarkt, Herzfehler oder weitere)	_____	_____	_____
Besteht ein zu hoher oder niedriger Blutdruck?	_____	_____	_____
War ein Schlaganfall aufgetreten?	_____	_____	_____
Sind Infektionserkrankungen bekannt? (Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV, Lues oder andere)	_____	_____	_____
Ist eine Erkrankung des Nervensystems bekannt? (Depression, Epilepsie/Krampfleiden, M. Parkinson, Alzheimer oder weitere)	_____	_____	_____
Besteht ein Grüner Star (Glaukom)?	_____	_____	_____
Ist eine Atemwegs-/Lungenkrankheit bekannt? (Asthma, Fibrose, chron. Bronchitis, Raucherbronchitis oder weitere)	_____	_____	_____
Ist eine Nierenerkrankung bekannt?	_____	_____	_____
Wenn ja, erhalten Sie Dialyse?	_____	_____	_____
Ist eine Lebererkrankung bekannt?	_____	_____	_____
Ist eine Magen-Darm-Erkrankung bekannt?	_____	_____	_____
Ist eine Schilddrüsenfunktionsstörung bekannt?	_____	_____	_____
Ist eine Zuckerkrankheit bekannt?	_____	_____	_____
Wenn ja, spritzen Sie Insulin?	_____	_____	_____
Ist eine Nebennierenfunktionsstörung bekannt?	_____	_____	_____
Ist das Vorliegen einer Osteoporose bekannt?	_____	_____	_____
Nehmen oder nahmen sie in der Vergangenheit Bisphosphonate ein?	_____	_____	_____
Bestehen Erkrankungen des Autoimmunsystems? (Rheumatoide Arthritis, Psoriasis, Lupus erythematodes oder weitere)	_____	_____	_____
Rauchen Sie? Falls ja wie viele Zigaretten o.ä. pro Tag: _____ Stück	_____	_____	_____
Für weibliche Patienten: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ?	_____	_____	_____
An welcher Körperregion wurden Sie zuletzt geröntgt? _____			
Warum wurde geröntgt? _____ Wann wurde geröntgt ? _____			

Wenn eine der o.g. Fragen mit Ja beantwortet wurde oder Sie an einer nicht aufgeführten Krankheit leiden, erbitten wir an dieser Stelle weitere Erläuterungen:

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Erklärung der Patientin/des Patienten oder des Sorgeberechtigten:

Ich erkläre hiermit, dass ich die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand nach bestem Wissen gemacht habe. Fehlende Angaben oder Falschangaben können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Behandlung führen. Meine Angaben zur Krankenversicherung sind vollständig und richtig. Falsche Angaben zu meiner Person oder meiner Krankenversicherung können zu rechtlichen Konsequenzen führen. Verschiedene Krankheitsbilder und operative Situationen bedürfen einer bildlichen Dokumentation. Ich bin damit einverstanden, dass diese Bilder u.U. hinreichend anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken durch Dr.Dr. Werner oder dessen Vertreter verwendet werden dürfen. Der Einsicht in meine elektronische Karteidokumentation von allen behandelnden Ärzten, ebenso der ggf. erforderlichen Übernahme meiner elektronischen Karteidokumentation nebst Röntgenbilder, Modellen, etc., aus der ehemaligen Praxis Werner-Schierle, Kriegsstr. 140, KA, stimme ich zu.

Datum: _____

Unterschrift: _____