



MKG TagesKlinik Lüdenscheid

Ambulante Tagesklinik für Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie,  
Implantologie, plastische Operationen

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur gezielten Behandlung und Beurteilung der Operationsrisiken ist die Kenntnis bereits bestehender Vorerkrankungen unbedingt erforderlich. Wir bitten Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns dadurch, bei Ihnen eventuell gegebene Gesundheitsrisiken besser zu erkennen. Somit kann die Behandlung besser auf Ihre Bedürfnisse ausgerichtet werden. Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich unter Berücksichtigung aller Datenschutzrichtlinien behandelt! Vielen Dank für Ihre freundliche Hilfe.

Ihr Ärzteteam der MKG TagesKlinik Lüdenscheid

Patient/-in Name, Vorname

Geburtsdatum

[Redacted name and birth date fields]

Hauptversicherter Name, Vorname

Geburtsdatum

[Redacted name and birth date fields]

Adresse (Straße, Postleitzahl, Wohnort)

[Redacted address field]

Telefon

Handy

[Redacted phone and mobile phone fields]

Hausarzt

Zahnarzt

[Redacted doctor names fields]

Arbeitgeber

Beruf

[Redacted employer and profession fields]

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in einem Krankenhaus oder bei einem Arzt in Behandlung?

Wenn ja, weshalb?

[Redacted response to hospital/doctor treatment question]

Nehmen Sie ständig Medikamente? (auch z. B. Blutverdünner, Osteoporosemittel ...)

Wenn ja, welche?

[Redacted response to medication question]

– Ja  – Nein Sind Sie schon einmal mit Strahlen behandelt worden?  
(z. B. im Rahmen einer Krebsbehandlung)

– Ja  – Nein Nehmen Sie Drogen?

– Ja  – Nein Besteht eine Schwangerschaft?

Sind Sie Raucher?

– Ja  – Nein  – stark  – gelegentlich

Haben Sie Allergien? (z. B. Heuschnupfen, Hautausschlag, Medikamentenallergie)

wenn ja, gegen:

[Redacted response to allergies question]



MKG TagesKlinik Lüdenscheid

Ambulante Tagesklinik für Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie,  
Implantologie, plastische Operationen

**Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der nachstehend aufgeführten Krankheiten?**

- Ja  - Nein Herzkrankheit (Infarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher)
- Ja  - Nein Blutdruckveränderung (hoch, niedrig, Kollapsneigung)
- Ja  - Nein Schlaganfall
- Ja  - Nein Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion)
- Ja  - Nein Anfallsleiden (Epilepsie)
- Ja  - Nein Augenerkrankungen (Glaukom, grüner Star)
- Ja  - Nein Nierenerkrankung
- Ja  - Nein Lungenerkrankung (z. B. auch Asthma)
- Ja  - Nein Blutkrankheit (Blutarmut, Anämie), Gerinnungsstörung
- Ja  - Nein Magen-Darmerkrankungen (Geschwür, Tumor)
- Ja  - Nein Rheuma (Chronisches Rheuma, Gelenkrheuma, rheumatisches Fieber)
- Ja  - Nein Nervenerkrankungen (Depression, Nervosität)
- Ja  - Nein Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, AIDS, Hepatitis)
- Ja  - Nein Krebs (Tumorerkrankungen)
- Ja  - Nein Diabetes
- Ja  - Nein Osteoporose

Sonstige Erkrankungen?

Wenn ja welche?

  


Haben Sie größere Operationen hinter sich? Sind dabei Komplikationen aufgetreten?

Wenn ja, welche?

  


- Ja  - Nein Haben Sie das alleinige Sorgerecht? (Bei getrennt lebenden Eltern)

Ich bin damit einverstanden, dass die Behandlungsergebnisse meinem Hausarzt in einem Arztbrief übermittelt werden.

Lüdenscheid, den

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. der/des Erziehungsberechtigten

Möchten Sie uns sagen, wie Sie auf die MKG TagesKlinik Lüdenscheid aufmerksam geworden sind?  
Haben Sie Fragen und Anregungen?

  


Können wir Sie in Zukunft auch per E-Mail erreichen?

E-Mail-Adresse: