

Patientenfragebogen

MKGHOLST

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Dr. Dr. Marc Holst

Patientenname:

Adresse:

Telefon:

Überweisender Arzt:

E-Mail:

Zahnarzt:

Beruf:

Hausarzt:

Geburtsdatum:

Größe:

Gewicht:

Frauen: Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?

Ja Nein

Rauchen Sie? Menge:

Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Menge:

Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente? Welche?

Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Gerinnungsstörung bekannt? Welche?

Ja Nein

Leiden sie an Bluthochdruck?

Ja Nein

Besteht eine Herzerkrankung? Welche?

Ja Nein

Wurden Sie schon einmal am Herzen operiert? Was?

Ja Nein

Sind Allergien gegen Medikamente, Latex, Lokalanästhetika bekannt? Welche?

Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Infektionskrankheit/Kinderkrankheit (z.B. Tbc, HIV, Hepatitis, ...) bekannt? Welche?

Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Magenerkrankung bekannt? Welche?

Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes?

Ja Nein

Ist Ihre Nierenfunktion eingeschränkt?

Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Lebererkrankung bekannt? Welche?

Ja Nein

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? Welche?

Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Tumorerkrankung bekannt? Therapie?

Ja Nein

Wurden Sie früher schon einmal im Kopf/Halsbereich operiert? Wenn ja, wann und aus welchem Grund?

Ja Nein

Datum:

Unterschrift:

Bitte wenden

Patientenname: _____

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Zahnärzte, Ärzte, (z.B. Kardiologen, Pathologen) übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von andern Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.

Folgende Daten dürfen an dritte behandelnde Ärzte übermittelt werden

- Befunde Röntgenbilder Arztbriefe
- Ich bin damit einverstanden, dass folgender Übermittlungsweg gewählt werden darf:
- Telefon Post Fax E-Mail (verschlüsselt)

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____

Name: _____

- Das Informationsblatt „Patienteninformationen zum Datenschutz“ habe ich zu Kenntnis genommen.

Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift