



**DOZ. DR. MED. MICHAEL FRÖHLICH · DR. MED. ELLEN JOHN
PRIV.-DOZ. DR. MED. DR. MED. DENT. MATTHIAS SCHNEIDER**

MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE
PLASTISCHE OPERATIONEN · IMPLANTOLOGIE
BELEGÄRZTE AM STÄDTISCHEN KLINIKUM DRESDEN-NEUSTADT

INFORMATIONEN- UND ERHEBUNGSBOGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre möglichst umfassende Betreuung in unserer Praxis zu gewährleisten und um Komplikationen für Sie sowie Übertragungen von Infektionskrankheiten vorzubeugen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand bzw. dem Ihres Kindes zu beantworten. Ihre Angaben werden Ihren Krankenunterlagen beigeordnet und unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Sollten sich im Verlauf Ihrer Behandlung Korrekturen der Angaben notwendig machen (z.B. Schwangerschaft usw.), so informieren Sie uns darüber zum nächstmöglichen Termin bzw. tragen Sie es in den Ihnen erneut vorzulegenden Erhebungsbogen nach.

Patient:
Name/Vorname Geb.-Datum

Anschrift:
PLZ/Ort Straße Tel.-Nr. tagsüber
Handy-Nr.

Beruf: z.Zt. ausgeübte Tätigkeit:

Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie z.Zt./dauernd Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? (Dosis)

Lag oder liegt bei Ihnen eine der folgenden Gesundheitsstörungen vor:

1. Zu hoher/niedriger Blutdruck ja nein
2. Herzschwäche, -leiden, -rhythmusstörungen ja nein
3. Tuberkulose o.a. Lungenerkrankungen ja nein
4. Bösartige Tumorerkrankung ja nein
wenn ja, wann/wo:

bitte wenden ►



DR. MED. MICHAEL FRÖLICH - DR. MED. ELLEN JÖHN
KIV-005 DR. MED. DR. MED. MATTHIAS SCHNEIDER

- 5. Sind Sie aufgrund einer bösartigen Tumorerkrankung bestrahlt worden? ja nein
 - 6. Zuckerkrankheit o.a. Stoffwechselstörungen ja nein
 - 7. Nierenleiden ja nein
 - 8. Leberleiden ja nein
 - 9. Schilddrüsenerkrankung ja nein
 - 10. Sonstige Erkrankungen wenn ja, bitte angeben:
 - 11. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein (z.B.: Falithrom, Marcumar, ASS)? ja nein
 - 12. Traten bei Ihnen nach Verletzungen/Operationen stärkere Blutungen auf? ja nein
 - 13. Leiden Sie unter Überempfindlichkeitsreaktionen (gegenüber Medikamenten wie Penicillin)? ja nein
Wenn ja, welche:
 - 14. Liegt bei Ihnen eine Hepatitis A/B (ansteckende Gelbsucht) bzw. eine AIDS-Infektion vor? ja nein
Sind Sie HIV-positiv? ja nein
 - 15. Sind Sie Herzschrittmacherträger? ja nein
- Für weibliche Patienten:**
- 16. Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welchem Monat?

Betrifft Straßenverkehrstauglichkeit:

Verschiedene Medikamente – u.a. Schmerz- und Beruhigungsmittel sowie Spritzen zur örtlichen Betäubung – können Ihre Sicherheit und Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sie sollten deshalb bis ca. 4 Stunden nach der Verabreichung der Medikamente bzw. der Spritze kein Fahrzeug führen.
Bitte bestätigen Sie abschließend, diesen Informations- und Erhebungsbogen gelesen und verstanden zu haben, die Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand nach bestem Wissen beantwortet zu haben sowie im Bedarfsfall Gelegenheit erhalten zu haben, Fragen zur näheren Information zu stellen.

.....
Dresden, den

.....
Unterschrift des Patienten