



BACK & BLUME

Mund – Kiefer – Gesichtschirurgie
Oralchirurgie | Implantologie
Parodontologie | Plastische Operationen

Tal 13 | 80331 München | praxis@backundblume.de
Tel.: 089 / 24 20 86 58 0 | Fax: 089 / 22 67 99

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Zur Vereinfachung der notwendigen Büroarbeit und um bei der Behandlung Ihrer Anliegen Ihren derzeitigen Gesundheitszustand berücksichtigen zu können, bitten wir Sie, das nachstehende Formular sowie die Rückseite auszufüllen und an der Anmeldung abzugeben.

Alle Anliegen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden deshalb streng vertraulich behandelt.

Krankenkasse: _____

Beihilfe Basistarif

Zusatzversicherung: _____

Versicherter:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Email-Adresse: _____

Straße, Hausnr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

Telefon geschäftlich: _____

Beruf, Arbeitgeber: _____

Zu behandelnder Angehöriger:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Email-Adresse: _____

Straße, Hausnr.: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon privat: _____

Telefon mobil: _____

Telefon geschäftlich: _____

Beruf, Arbeitgeber: _____

Name des Hausarztes: _____

Name des Zahnarztes: _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Dürfen wir Sie per Anruf, Brief oder Email an einen großen OP-Termin erinnern?

Ja Nein

Bitte wenden! ➤



BACK & BLUME

	Ja	Nein
Leiden Sie an einer Erkrankung, wegen der Sie in ständiger ärztlicher Betreuung stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie ansteckende Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis oder sind Sie HIV positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Traten bei Ihnen nach chirurgischen Eingriffen/Verletzungen länger anhaltende Blutungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente die Veränderung der Blutgerinnung herbeiführen sollen (Marcumar o.ä.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie bisher eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen bestimmte Medikamente festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, gegen welche? _____		
Wurde jemals eine Herzerkrankung festgestellt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Herzklappenersatz? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter hohem Blutdruck? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten oder haben Sie eine Lebererkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Asthma? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an nervösen Beschwerden (Schlafstörungen, Herzklopfen, Magengeschwür etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. bei einer Knochenregenerationsstörung)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekommen oder bekamen Sie regelmäßig Infusionen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Nach Injektionen jeglicher Art sollten Sie mindestens zwei Stunden lang selbst kein Kraftfahrzeug führen.
- Bei operativen Eingriffen im Kieferbereich, vor allem im Unterkiefer, können Reizleitungsstörungen (Gefühlslosigkeit) auftreten, die aber in der Regel nur vorübergehender Natur sind.
- Aus Gründen der Sorgfaltspflicht wird gewöhnlich Gewebe (z.B. Zysten o.ä.), das im Rahmen eines operativen Eingriffes entnommen wurde, zur histologischen Begutachtung eingeschickt. Sollte sich hier ein unerwartender Befund ergeben, werden wir Sie umgehend unterrichten.
- Sie erklären sich mit Ihrer Unterschrift damit einverstanden, dass im Rahmen der Behandlung angefertigtes Bildmaterial zu wissenschaftlichen sowie Ausbildungszwecken anonymisiert veröffentlicht werden kann.

Datum, Unterschrift _____