



DRES. R. & TH. JÄHNICHEN

MVZ für Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie

B.- Brecht- Platz 1a - 16303 Schwedt - 03332/268516 - www.mkg-jaehnichen.com
Mail für Patienten: mkg.schwedt.patient@gmail.com

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in der MKG Chirurgie Dres. R. u. Th. Jähnichen. Um Ihren Gesundheitszustand und Ihre speziellen Anliegen kennen zu lernen, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung benötigen wir die möglichst vollständige Beantwortung. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen an der Rezeption. Gerne helfen wir Ihnen weiter. Im Voraus vielen Dank für Ihre Mühe und Verständnis.

Persönliches

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Straße und Hausnummer, PLZ und Ort

Telefon- und Mobilnummer

Hausarzt

Beruf

Zahnzusatzversicherung

• Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

• Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

• Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

• Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe. Ferner bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgemäß erteilt worden sind.

Datum

Unterschrift



DRES. R. & TH. JÄHNICHEN

MVZ für Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie

B.- Brecht- Platz 1a - 16303 Schwedt - 03332/268516 - www.mkg-jaehnichen.com
Mail für Patienten: mkg.schwedt.patient@gmail.com

Anamnese

Patient:

Hoher Blutdruck Ja Nein

Niedriger Blutdruck Ja Nein

Haben Sie Herzerkrankungen? Ja Nein

- Herzinfarkt
- Herz OP
- Herzschrittmacher
- Andere

Blutverdünner Ja Nein

ASS Falithrom Xarelto Lixiana
Eliquis Clopidogrel Andere

Diabetes Ja Nein

- Tabletten
- Insulin

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein

Asthma / Lungenerkrankung Ja Nein

Hepatitis (A/B/C) Ja Nein

Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Gefäßerkrankungen Ja Nein

Glaukom, Augen OP? Ja Nein

Krebserkrankungen Ja Nein

Immunschwäche (HIV) Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate o. Denosumab?

z.B. Prolia, Alendronsäure, Zometa, o.A.

sonstige Erkrankungen? Ja Nein

wenn ja, welche:

Nehmen Sie regelmäßig und/oder zeitweise **Medikamente ein?** Ja Nein

Wenn ja, welche? Bzw. Medikamentenplan anfügen

Rauchen Sie? Ja Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein
(regelmäßig)

Nehmen Sie Drogen? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Allergien Medikamente Ja Nein
Wenn ja, Welche?

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt?

Datum

Unterschrift



DRES. R. & TH. JÄHNICHEN

MVZ für Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie

B.- Brecht- Platz 1a - 16303 Schwedt - 03332/268516 - www.mkg-jaehnichen.com
Mail für Patienten: mkg.schwedt.patient@gmail.com

Zusätzliche Fragen

Fühlen Sie sich im Moment gesund?

Ja Nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

Ja Nein

Wünschen Sie eine Behandlung mit Lachgassedierung?

Ja Nein

(Hierfür ist eine vorherige Beratung erforderlich)

Ergänzende Bemerkungen:
