

# Rottke + Maas

Praxisklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,  
Sie sind uns in unserer Praxis herzlich willkommen. Um Sie optimal und mit möglichst geringem Risiko behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zur allgemeinen Gesundheit, zu möglichen Vorerkrankungen oder anderen Risiken. Bitte beantworten Sie alle Fragen in Ruhe, bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Persönliche Angaben

Name, Vorname  Geburtsdatum

Straße + Hausnummer  Geburtsort

Postleitzahl + Ort  Telefon Privat

Telefon Mobil  Telefon Dienstlich

E-Mail Adresse

Beruf

Arbeitgeber ( Name + Anschrift )

Krankenkasse ( Name + Sitz )

### Art der Versicherung

pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

### Wichtiger Hinweis für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen!

Alle Leistungen die in Verbindung mit einer **Implantation** erbracht werden, werden **privat liquidiert**. Dazu gehört auch die Beratung sowie Anfertigung einer Röntgenaufnahme.

Überwiesen durch

## Bitte beachten Sie dringend folgende Hinweise:

Sollte bei Ihnen ein operativer Eingriff geplant sein, sind Sie im Anschluss daran **nicht in der Lage, aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen.**

Fünf Tage vor dem Eingriff dürfen Sie **keine Medikamente einnehmen, die zu Störungen der Blutgerinnung führen (z.B. ASS®, Aspirin®, Dolomo®).** Nach dem Eingriff nehmen Sie bitte nur von uns verschriebene oder mitgegebene Präparate.

Bitte erinnern Sie uns daran, Ihnen eine Notfallnummer auszuhändigen, unter der wir auch nach der Sprechstunde erreichbar sind.

## Vorerkrankungen

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

### Allergien

ja

Wenn ja, welche?

nein

### Atemwegserkrankungen

ja

nein

### Blutgerinnungsstörungen:

ja

Wenn ja, welche?

nein

### Diabetes

ja

Wenn ja, welche?

nein

### Anfallsleiden (Epilepsie)

ja  nein

## Grüner Star (erhöhter Augendruck)

ja  nein

## Schilddrüsenerkrankungen

ja

Wenn ja, welche?

nein

## Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzinfarkt

ja  nein

STENT

ja  nein

Herzinsuffizienz/-schwäche

ja  nein

Angina pectoris

ja  nein

Herzrhythmusstörungen

ja  nein

Herzschrittmacher

ja  nein

Herzklappenerkrankung

ja  nein

Erhöhter Blutdruck

ja  nein

Durchblutungsstörungen

ja  nein

## Infektionserkrankungen

Hepatitis

ja  nein

HIV

ja  nein

Tuberkolose

ja  nein

MRE (Multi-Resistente Erreger)

ja  nein

Andere

Wenn ja, welche?

# Rottke + Maas

Praxisklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

## Lebererkrankungen

ja

Wenn ja, welche?

nein

## Magen/Darm-Erkrankungen

ja

Wenn ja, welche?

nein

## Nierenerkrankungen

ja

Wenn ja, welche?

nein

## Knochenerkrankungen, Osteoporose

ja

nein

## Rheumatische Erkrankungen

ja

Wenn ja, welche?

nein

## Tumorerkrankungen

ja

Wenn ja, welche?

nein

## Bestehende Schwangerschaft

ja

nein

# Rottke + Maas

Praxisklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

ja

Wenn ja, welche?

nein

**Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?**

ja

Wenn ja, weswegen?

nein

**Name und Anschrift des behandelnden Hausarztes:**

**Unterschrift**

Ort / Datum

Unterschrift