



MKG RHEIN-RUHR

Dr. Dr. Thomas Betz – Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie

Friedrich-List-Straße 18 // 46045 Oberhausen // Telefon: 0208 37760 0 // Email: info@mkg-rheinruhr.de

Patientenaufnahme:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____ PLZ/ Ort: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____ Email: _____
Name des Versicherten: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Krankenversicherung: _____ Beihilfe? ja nein Freiwillig versichert? ja nein

Anamnese:

Überweisender Arzt/Zahnarzt: _____
Sind Sie in ärztlicher Behandlung? ja _____ nein
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? hoch niedrig normal
Besteht eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja _____ nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? ja nein
Zuckerkrankheit? ja nein
Blutungsneigung/Blutgerinnungsstörung? ja nein
Hepatitis/HIV-Positiv? ja _____ nein
Schwangerschaft/Stillen? ja nein
Leiden Sie unter Allergien? ja _____ nein
Röntgenaufnahmen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich im letzten Jahr? ja nein
Beschwerden im Bereich der Kiefergelenke bzw. der Kaumuskulatur? ja nein
Beschwerden im Sinne von Migräne/Spannungskopfschmerzen? ja nein
Wurde bei Ihnen schon einmal ein größerer Eingriff an den Zähnen (z.B. Wurzelspitzenresektion, Zahnentfernung) vorgenommen?
Wenn ja, gab es dabei Komplikationen? ja nein
Welche? _____
Bekamen Sie eine Spritze zur örtlichen Betäubung? ja nein

Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz sowie der ärztlichen Schweigepflicht. Mit einer anonymen Auswertung von Daten, Röntgenbildern und Fotos zu wissenschaftlichen Zwecken bin ich einverstanden nicht einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift/ Unterschrift Erziehungsberechtigter/r