



MKG TagesKlinik Lüdenschied

Ambulante Tagesklinik für Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie,  
Implantologie, plastische Operationen



Liebe Patientin, lieber Patient,

zur gezielten Behandlung und Beurteilung der Operationsrisiken ist die Kenntnis bereits bestehender Vorerkrankungen unbedingt erforderlich. Durch das sorgfältige Ausfüllen des Fragebogens, helfen Sie uns mögliche Gesundheitsrisiken zu erkennen und die Behandlung auf Ihre Bedürfnisse auszurichten. Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich unter Berücksichtigung der aktuellen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) behandelt. Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe!

Ihr Ärzteteam der MKG TagesKlinik Lüdenschied

Patient/-in Name, Vorname  Geburtsdatum

Hauptversicherter Name, Vorname  Geburtsdatum

Adresse (Straße, Postleitzahl, Wohnort)

Telefon  Handy  E-Mail

Hausarzt  Zahnarzt

– Ja  – Nein Haben Sie das alleinige Sorgerecht? (Bei getrennt lebenden Eltern)

Waren Sie in den letzten zwei Jahren in einem Krankenhaus oder bei einem Arzt in Behandlung?  
Sind bei einer Operation Komplikationen aufgetreten?

Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie ständig Medikamente? (auch z. B. Blutverdünner, Osteoporosemittel ...)

Wenn ja, welche?

– Ja  – Nein Sind Sie schon einmal mit Strahlen behandelt worden?  
(z. B. im Rahmen einer Krebsbehandlung)

– Ja  – Nein Nehmen Sie Drogen?

– Ja  – Nein Besteht eine Schwangerschaft?

Sind Sie Raucher?

– Ja  – Nein  – stark  – gelegentlich

Haben Sie Allergien? (z. B. Heuschnupfen, Hautausschlag, Medikamentenallergie)

wenn ja, gegen:



MKG TagesKlinik Lüdenscheid

Ambulante Tagesklinik für Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie,  
Implantologie, plastische Operationen



**Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der nachstehend aufgeführten Krankheiten?**

- Ja  - Nein Herzkrankheit (Infarkt, Angina pectoris, Herzschrittmacher)
- Ja  - Nein Blutdruckveränderung (hoch, niedrig, Kollapsneigung)
- Ja  - Nein Schlaganfall
- Ja  - Nein Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion)
- Ja  - Nein Anfallsleiden (Epilepsie)
- Ja  - Nein Augenerkrankungen (Glaukom, grüner Star)
- Ja  - Nein Nierenerkrankung
- Ja  - Nein Lungenerkrankung (z. B. auch Asthma)
- Ja  - Nein Blutkrankheit (Blutarmut, Anämie), Gerinnungsstörung
- Ja  - Nein Magen-Darmerkrankungen (Geschwür, Tumor)
- Ja  - Nein Rheuma (Chronisches Rheuma, Gelenkrheuma, rheumatisches Fieber)
- Ja  - Nein Nervenerkrankungen (Depression, Nervosität)
- Ja  - Nein Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, AIDS, Hepatitis)
- Ja  - Nein Krebs (Tumorerkrankungen)
- Ja  - Nein Diabetes
- Ja  - Nein Osteoporose

Sonstige Erkrankungen?

Wenn ja welche?

**Schweigepflicht/Datenschutz:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsergebnisse zum Zweck der Weiterbehandlung oder Diagnostik

dem überweisenden Arzt/Zahnarzt

weiteren Leistungserbringern (z. B. Krankenhäuser, Techniklabore oder Pathologie)

übermittelt werden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Lüdenscheid, den

Unterschrift des/der Patienten/-in bzw. der/des Erziehungsberechtigten

- Ja  - Nein Wünschen Sie eine Beratung bezüglich Faltenunterspritzung, Botoxbehandlung oder plastischer Schönheitsoperation?

Möchten Sie uns sagen, wie Sie auf die MKG TagesKlinik Lüdenscheid aufmerksam geworden sind?  
Haben Sie Fragen und Anregungen?