



PRAXIS FÜR
MUND-, KIEFER- UND
GESICHTSCHIRURGIE

Plastische Operationen · Implantologie
Ästhetische Gesichtschirurgie
Dr. Dr. Carsten Mußhoff, M.Sc.

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bevor wir uns mit Ihnen über den Grund Ihrer Vorstellung unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientendaten:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geburtsort
Straße und Hausnummer		PLZ	Ort
Telefonnummer	Mobilfunknummer	E-Mail-Adresse	
Beruf	Name der Krankenkasse		Hausarzt

Versichertendaten (sofern diese von den Patientendaten abweichen, z. B. bei Minderjährigen):

Name	Vorname	Geburtsdatum	Rechnung an <input type="checkbox"/> Patienten <input type="checkbox"/> Versicherten
Straße und Hausnummer		PLZ	Ort

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fernbleiben entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.



PRAXIS FÜR
MUND-, KIEFER- UND
GESICHTSCHIRURGIE

Plastische Operationen · Implantologie
Ästhetische Gesichtschirurgie
Dr. Dr. Carsten Mußhoff, M.Sc.

Fragen zu Ihrer Gesundheit:

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher / künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen- / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lungenerkrankung / Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung / Bluterkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ist bei Ihnen ein Tumorleiden bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Nehmen Sie Medikamente zur Knochenstärkung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, bei welchen?	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich?	
Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?	



PRAXIS FÜR
MUND-, KIEFER- UND
GESICHTSCHIRURGIE

Plastische Operationen · Implantologie
Ästhetische Gesichtschirurgie
Dr. Dr. Carsten Mußhoff, M.Sc.

Wir benötigen Ihre gesetzliche Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns innerhalb von 14 Tagen nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine Rechnung von uns.

Datum: _____

Unterschrift: _____