



Dr. med. J. Jedynek & Dr. med. Dr. med. dent. S. Winter

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Schwerpunkttätigkeit: Implantologie

Praxis:

Florianstr. 6, 33102 Paderborn
Telefon: 052 51 – 699 886
Telefax: 052 51 – 699 88 88
e-mail: info@kieferchirurgie-info.de
internet: www.kieferchirurgie-info.de

Belegabteilung:

St. Vincenz Krankenhaus
Am Busdorf 2-4
33098 Paderborn

A. Patientendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. -Datum: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____

Arbeitgeber: _____

Telefon

Arbeitgeber: _____

Hausarzt: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Email: _____

Zusatzversicherung privat:

stationär ambulant

Zahnarzt: _____

B. Anamnese:

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden **Erkrankungen**?

<u>Erkrankungen</u>	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	<u>Wenn ja, welche? Weitere Erläuterungen</u>
1. Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen /-ersatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Hypertonus (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS, TBC, andere)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Lebererkrankungen (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Krebs (Tumorerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. geistige, psychische oder sonst. Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Besteht Schwangerschaft (Röntgenschutz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Regelmäßiger Alkohol oder Drogenkonsum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bitte Blatt wenden





Dr. med. J. Jedynek & Dr. med. Dr. med. dent. S. Winter

Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Schwerpunkttätigkeit: Implantologie

Praxis:

Florianstr. 6, 33102 Paderborn

Telefon: 052 51 – 699 886

Telefax: 052 51 – 699 88 88

e-mail: info@kieferchirurgie-info.de

internet: www.kieferchirurgie-info.de

Belegabteilung:

St. Vincenz Krankenhaus

Am Busdorf 2-4

33098 Paderborn

C. Weitere Fragen:

Hatten Sie bereits frühere **Operationen**? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie **Medikamente** ein? Wenn ja, welche?

D. Corona:

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem Corona Infizierten? ja: nein:

Haben sie Symptome die auf das Corona Virus hinweisen? wenn ja, welche?

Wurden Sie bereits gegen Corona geimpft? wenn ja, wann?

Sollte ich den vergebenen Operationstermin unentschuldigt nicht einhalten, verpflichte ich mich, die entstandenen Kosten für die Operation und die Narkose unabhängig von meiner Versicherung selbst zu tragen. Ich bin einverstanden, dass die Verrechnung über ein Abrechnungszentrum vollzogen wird.

WICHTIG!

WICHTIG!

WICHTIG!

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder nach Injektionen mindestens für 4 bis 6 Stunden beeinträchtigt sein kann !!!!!

Deshalb kommen Sie bitte in Begleitung zur Operation.

Paderborn,

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in (bei Kindern/Jugendlichen des/der Erziehungsberechtigten)