

PATIENTEN -FRAGEBOGEN



Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht/Größe: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Email: _____

Ausgeübter Beruf: _____ Familienstand: _____

Besonderheiten: 1. Brustimplantate: ja/nein

2. Schwanger: ja/nein

3. Kiefer-Rekonstruktionen: ja/nein

Sport/ Sauna: _____

Allergien: _____

Nennen Sie **alle aktuellen** Beschwerden: _____

Wie lange besteht die jeweilige Beschwerde _____

Vorherige Behandlungen: _____

Wann: _____

Unfälle (Knochenbrüche, Steißbeinverletzungen, Schädeltraumata, Autounfälle, Sportunfälle) & wann (Jahr):

Operationen (auch in der Kindheit) & wann (Jahr):

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit oder haben Sie in letzter Zeit genommen?

Wer ist z.Z. Ihr Hausarzt?

Unterschrift: