



**Kieferchirurgie im Richtweg**  
 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen und  
 Fachzahnärzte für Oralchirurgie  
 in Partnerschaft

**Richtweg 19 28195 Bremen**  
 Tel. 0421 339090 Fax 0421 3390919  
 termin@mkg-bremen.de  
 www.mkg-bremen.de

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin, bitte helfen Sie uns und füllen den Anmeldebogen aus:

Name Patient		Vorname		Geburtsdatum	
Familienversichert durch: Name		Vorname		Geburtsdatum	
Straße		Nr.	Telefon		
			Handy		
PLZ	Ort		E-Mail		
Krankenkasse			PRIVAT basis?		
Überweisender Zahnarzt/Arzt					
Beruf			Arbeitgeber		

*Bei KVB I-III, Basis Tarif, Postbeamten A und B sowie einigen Privatkassen und Beihilfestellen werden nicht in jedem Fall alle Leistungen übernommen.*

**Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:**

Bitte ankreuzen  
**Ja**      **Nein**

	Ja	Nein
Leiden Sie an einer ansteckenden Erkrankung? (z.B. Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose)		
Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie Mittel gegen Osteoporose ein (insbesondere Bisphosphonate)? Wenn ja, welche?		
Sind Allergien bekannt (z.B. gegen Medikamente)? Wenn ja, welche?		
Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? Stillen Sie?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?		
Haben Sie – Herzerkrankungen?		
– eine Zuckerkrankheit?		
– Blutungsneigungen/Gerinnungsstörungen?		
– Atembeschwerden?		
– Leber- oder Nierenerkrankungen?		
– sonstige Erkrankungen?		
Bei einigen operativen Eingriffen ist eine Kontrolle des Operationserfolges nach 3–6 Monaten erforderlich. <i>Wünschen Sie eine schriftliche Erinnerung an diesen Kontrolltermin?</i>		

.....  
 Datum

.....  
 Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten