



MKG GRAFENBERG

Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Dr. med. Marlit Herbst & Dr. med. Dr. med. dent. Johanna Lichte

Patientendaten

Name / Vorname: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Krankenkasse: _____ Geschlecht: m w

Versicherte Person

Name / Vorname: _____

Straße / Nr.: _____ PLZ / Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w d

Kinderarzt: _____

Stillberatung / Logopädie: _____

Weitere behandelnde Ärzte: _____

Angaben zur Krankenvorgeschichte

Vorerkrankungen

nein ja, welche? _____

Medikamente

nein ja, welche? _____

Schwangerschaft

unkompliziert Besonderheiten, welche? _____

Geburt

unkompliziert Besonderheiten, welche? _____

Geburtsgewicht: _____ aktuelles Gewicht: _____

Ernährung

Muttermilch Pre
 Brust Fläschchen Brusternährungsset andere

orale Restriktionen bei Eltern/ Geschwistern/ Großeltern/ Tanten/ Onkeln

> bitte wenden

- Ich bin damit einverstanden, dass bei medizinischer Notwendigkeit Röntgenbilder angefertigt werden.
- Ich habe diesen Bogen nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige, dass alle Angaben richtig sind.
- Meine E-Mail-Adresse darf zur Kommunikation mit dieser Praxis genutzt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenbilder per E-Mail an mitbehandelnde Kollegen versendet werden.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/ -r