



WESTFÄLISCHE  
WILHELMS-UNIVERSITÄT  
MÜNSTER

## **Klinik und Poliklinik für Mund und Kiefer-Gesichtschirurgie**

Direktor: Univ.-Prof. Dr.med. Dr.med.dent. Dr. h. c. U. Joos

Universitätsklinik für Mund und Kiefer-Gesichtschirurgie  
Waldeyerstraße 30 · D- 48129 Münster

OA Dr.Dr.J.Kleinheinz  
Dr. M. Kelker  
Waldeyerstraße 30  
D-48129 Münster

Telefon-Durchwahl:  
(0251) 83-47013

15.01.2004/ La

Sehr geehrte/r Herr Frau xxxx,

Aufgrund einer Kieferhöhlenerkrankung haben Sie sich in unserer Abteilung einer Operation unterzogen. Zur Sicherung der Qualität und Verbesserung unserer Behandlung ist uns viel am Urteil unserer Patienten gelegen.

Wir möchten Sie daher bitten, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und im bereits frankierten Umschlag an uns zurückzusenden. Alle Angaben werden natürlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Als besonderes Angebot möchten wir Ihnen zusätzlich die Gelegenheit für eine kostenlose Nachuntersuchung anbieten, die in unserer Poliklinik vorgenommen wird.

Bitte vereinbaren Sie hierzu einen Termin unter der Telefonnummer 0251-8347013.

Wir möchten uns schon im voraus für Ihre Mitarbeit bedanken.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Dr. J. Kleinheinz  
Oberarzt



Klinik und Poliklinik für  
Mund- und Kiefer- Gesichtschirurgie,  
Waldeyerstr. 30, 48129 Münster

Westfälische Wilhelms-  
Universität Münster



## Datenerhebungsbogen – Kieferhöhlenerkrankungen

OA Dr. Dr. J. Kleinheinz, Prof. Dr. Dr. U. Joos  
Dr. M. Kelker, Dr. M. Martini

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Alter:

Geschlecht: m  w

Beruf:

---

### Waren Sie in den letzten Jahren in Behandlung wegen:

(bitte kreuzen Sie an, ggf. mit Zusatzangaben, wenn möglich)

Herz-Kreislauf- Erkr. nein ja : \_\_\_\_\_

Bluthochdruck nein ja : \_\_\_\_\_

Atemwegserkr. nein ja : \_\_\_\_\_

Allergische Erkr. nein ja : \_\_\_\_\_

Neurol./Psycholog. Erkr nein ja : \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten nein ja : \_\_\_\_\_

Zucker- oder Diabetes nein ja : \_\_\_\_\_

Blutungsneigung nein ja Thrombose/Embolie: nein ja

Rauchen 0 10 20 30 40 .... Zigaretten pro Tag über 5 10 20 30 .... Jahre

Alkohol 0 1 2 3 ... Bier Wein Schnaps pro Tag über 5 10 20 .... Jahre

Sonstiges \_\_\_\_\_

Medikamente:

---

---

## Angaben zu den Kieferhöhlenbeschwerden vor der Operation!

Dauer der Beschwerden bis zur Erstvorstellung in unserer Klinik

0  1  2  3 Wochen, oder  1  2  3  ..... Monate.

Welche Beschwerden waren für die Vorstellung maßgeblich? (auch Mehrfachantworten)

Druckgefühl unter dem Auge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Gefühlsstörungen im Wangenbereich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Häufiger Schnupfen / verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sehstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Fieber / allgemeine Symptome	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wundheilungsstörung nach Zahnentfernung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges _____		

**Wer hat Sie zu uns überwiesen? (bitte kreuzen Sie an)**

- der Hausarzt, Dr. \_\_\_\_\_
- Hauszahnarzt, Dr. \_\_\_\_\_
- ein niedergelassenen Kieferchirurg, Dr. \_\_\_\_\_
- ein Hals-Nasen-Ohrenarzt, Dr. \_\_\_\_\_
- ohne Überweisung Vorstellung in unserer Poliklinik

---

**Angaben zu den Kieferhöhlenbeschwerden nach der Operation!**

Druckgefühl unter dem Auge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Dauer: _____
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Dauer: _____
Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Dauer: _____
Gefühlsstörungen im Wangenbereich	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Dauer: _____
Häufiger Schnupfen / verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Dauer: _____
Sehstörungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Dauer: _____
Fieber / allgemeine Symptome	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Dauer: _____
Wundheilungsstörung nach Zahnentfernung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Dauer: _____
Sonstiges _____			Dauer: _____

**Haben Sie eine weitere ärztliche Behandlung aufgesucht?** nein  ja

Adresse?

- Hausarzt, Dr. \_\_\_\_\_
- Hauszahnarzt, Dr. \_\_\_\_\_
- ein niedergelassenen Kieferchirurg, Dr. \_\_\_\_\_
- ein Hals-Nasen-Ohrenarzt, Dr. \_\_\_\_\_
- unsere Poliklinik

Sind Sie damit einverstanden, dass wir mit dem nachbehandelnden Kollegen Kontakt aufnehmen, um Angaben über die Weiterbehandlung zu erhalten?  nein  ja

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben anonymisiert ausgewertet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Unterschrift