



Zentrum für MKG Chirurgie, Oralchirurgie,
IMplantologie und PLASTische Operationen

Anamnesebogen

Patient	Name	_____
	Vorname	_____
	Geburtsdatum	_____
	Telefon	_____
	Krankenkasse	_____
	Beruf	_____
Hauptversicherter	Name, Vorname	_____
	Anschrift	_____

Ärztliche Behandlung	Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	O ja O nein
	Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	_____

Überweisender Zahnarzt/Arzt: Hausarzt	_____

Medikamente	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	_____
-------------	---	-------

Allergien	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?	_____
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	O ja O nein

Herzerkrankungen	Herzschwäche (Insuffizienz)?	O ja O nein
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	O ja O nein
	Herzasthma, Angina Pectoris?	O ja O nein
	Herzschrittmacher, Herzklappenersatz?	O ja O nein
	Sonstiges?	_____

Kreislauf- Erkrankungen	Zu hoher Blutdruck?	O ja O nein
	Zu niedriger Blutdruck?	O ja O nein
	Zustand nach Herzinfarkt?	O ja O nein
	Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?	O ja O nein
	Sonstiges?	_____

Vegetative Erkrankungen	Ohnmachtsanfälle?	O ja O nein
	Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?	O ja O nein
	Sonstiges?	_____

Stoffwechsel- erkrankungen	Zuckerkrankheit (Diabetes)?	O ja O nein
	Magen-Darmerkrankungen?	O ja O nein
	Schilddrüsenerkrankungen?	O ja O nein
	Osteoporose?	O ja O nein
	Leberfunktionsstörungen?	O ja O nein
Erkrankungen des Nervensystems	Migräne?	O ja O nein
	Krämpfe?	O ja O nein
Bluterkrankungen	Blutungsneigung (Hämophilie)?	O ja O nein
	Blutarmut (Anämie)?	O ja O nein
	Sonstiges? _____	
Infektions- krankheiten	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)?	O ja O nein
	Tuberkulose?	O ja O nein
	AIDS/HIV?	O ja O nein
Asthma		O ja O nein
Rheuma		O ja O nein
Tumorleiden		O ja O nein
Schwangerschaft	Wenn ja, in welchem Monat? _____	O ja O nein
Bestehen sonstige Erkrankungen	_____	

Informationen zum Datenschutz: Ich bin mit der Erhebung der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (Befunde, Arztbriefe, Röntgenbilder, Histopathologie) einverstanden. Ferner dürfen meine Röntgenbilder bzw. die Arztbriefe an den überweisenden Arzt elektronisch oder postalisch übermittelt werden. Röntgenbilder und Fotos dürfen anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke publiziert bzw. im Rahmen von Überweiserveranstaltungen verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift