Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Weißenburg | Donauwörth | Eichstätt

Anamnesebogen

Name, Vorname ○ männlich ○ weiblich ○ divers		Geburtsdatum	Geburtsort
Straße, Nr.	PLZ	Wohnort	
Festnetz-Nr.	Handy-Nr.	Beruf	
überweisender Arzt	Hausarzt / Hauszahnarzt	Krankenkasse	Zahnzusatzversicherung ☐ JA ☐ NEIN *Name der Versicherungsgesellschaft*
☐ **Versicherte / Versicherter** ☐ **gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter** *nur ausfüllen, wenn Patienten nicht selbst versichert sind*		Mail	

Name, Vorname	Geburtsdatum	Tel.
Straße, Nr.	PLZ	Wohnort

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb den Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigefügt. Diese Angaben sind freiwillig, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Ihr MKG-Praxisteam

	JA	NEIN
1. Nehmen Sie **blutgerinnungshemmende Medikamente** ein? (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Clopidogrel)		
2. Erhalten/Erhielten Sie **Chemotherapeutika, knochenstärkende Medikamente** (z.B. Bisphosphonate, Prolia, Zaltrap) **oder Infusionen?**		
3. Haben/Hatten Sie eine der aufgeführten **Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems**?		
– **Herzfehler** (z.B. Klappenfehler)		
– **Bypass, Stent, sonstige Herzoperationen**		
– **Endokarditis** (Herzinnenhautentzündung)		
– Haben Sie einen **Herzpass**?		
– Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?		
– Haben Sie zu **hohen Blutdruck**?		
– Sonstige: _____		
4. Haben/Hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten **Allgemeinerkrankungen**?		
– **Diabetes mellitus** (Zuckerkrankheit) Falls ja: benötigen Sie Insulin?		
– **Allergien**? Falls ja, welche? _____		
– **Schilddrüsenerkrankungen**		
– **Infektionskrankheiten** (Hepatitis, HIV, Tuberkulose)		
– **Lungenerkrankungen** (z.B. Asthma)		
– **Nervenerkrankungen**		
– **Nierenerkrankungen**		
– **Lebererkrankungen**		
– **Magen-, Darmerkrankungen**		
– **Tumorerkrankungen/-behandlungen**		

	JA	NEIN
5. Vertragen Sie **zahnärztliche Spritzenmedikamente**?		
6. Liegt ein **aktuelles Röntgenbild** des Kiefers/der Zähne vor?		
7. Nehmen Sie zur Zeit **Medikamente** ein? Falls ja, welche: _____		
8. Rauchen Sie?		
9. Liegt eine **Schwerbehinderung** oder **Pflegestufe** (falls ja: **Grad** _____) vor?		
10. Für Patientinnen:		
– Besteht eine **Schwangerschaft**?		
– **Stillen** Sie?		

ACHTUNG! Betäubungsmittel beeinträchtigen die Fahrtüchtigkeit. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Behandlungsterminen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben benannte Arztpraxis Informationen und Röntgenbilder zu meiner Behandlung erhält.

Datum/Unterschrift

www.ihre-mkg.de

Stand Dezember 2024