

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Weißenburg | Donauwörth | Eichstätt

www.ihre-mkg.de

info@ihre-mkg.de

@ ihre-mkg

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

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

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

ANAMNESEBOGEN



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 beigelegt. 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

7. Nehmen Sie zur Zeit **Medikamente** ein? ☐ JA ☐ NEIN
Falls ja, welche: _____
8. Rauchen Sie? ☐ JA ☐ NEIN
9. Liegt eine **Schwerbehinderung** oder **Pflegestufe** (falls ja: **Grad** _____) vor? ☐ JA ☐ NEIN
10. Für Patientinnen:
- Besteht eine **Schwangerschaft?** ☐ JA ☐ NEIN
 - **Stillen** Sie? ☐ JA ☐ NEIN

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. ☐ JA ☐ NEIN

Datum/Unterschrift