



Praxisklinik für **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie** Bonn-Rhein-Sieg

Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ihre Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handynummer: _____

Krankenversicherung: _____

Für Priv.-Versicherte:

ggf. abweichende Anschrift der/des Versicherten: _____

Versicherte/r: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

	ja	nein		ja	nein
Neigen Sie zu Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Probleme bei lokaler Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Herzoperationen durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerverkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher/-klappenprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionserkrankung (Hep, HIV ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Medikamentenunverträglichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	Wenn ja, welche? _____		
Sind Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	Wenn ja, welche? _____		

Haben Sie in letzter Zeit blutverdünnende Medikamente eingenommen?

Sind andere Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja welche SSW? _____

Name des überweisenden Arztes/Zahnarztes _____ Name des behandelnden Kieferorthopäden _____

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass nach einer Behandlung unter Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) oder Medikamenteneinnahme die Verkehrstüchtigkeit oder die Fähigkeit zur Führung von Kraftfahrzeugen beeinträchtigt sein kann.

Datum: _____

Unterschrift: _____