



## Anamnesebogen

Seite: 1 von 2  
Revisionsstand: 1.8  
Erstellung: 20.08.2014

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die kieferchirurgische Behandlung haben. Füllen Sie deshalb bitte nachstehenden Fragebogen sorgfältig aus. Sollten Sie Fragen haben, geben wir Ihnen gerne Auskunft.

### Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____ _____ _____		
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefon-, Handy-Nummer
<input type="checkbox"/> Privatpatient	<input type="checkbox"/> Kassenpatient	Krankenkasse: _____
Haben Sie eine <b>Zusatzversicherung</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

**Hauszahnarzt:** \_\_\_\_\_ **Hausarzt:** \_\_\_\_\_

### Mitversichert bei:

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____ _____ _____		
Wann wurden Sie das letzte Mal im <b>Kopf- oder Kieferbereich</b> geröntgt? _____		
Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, in welchem Monat? _____		
<b>Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt.</b>		
Stehen Sie zurzeit in <b>ärztlicher Behandlung</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, warum? _____		
Nehmen Sie regelmäßig <b>Medikamente</b> ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen sie <b>blutverdünnende</b> (gerinnungshemmende) Medikamente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____		
Sind Sie <b>allergisch</b> gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____		
<b>Herzerkrankungen</b> (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzschwäche, Schrittmacher) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____		
<b>Kreislaufkrankungen</b> (z. B. hoher oder niedriger Blutdruck, Schlaganfall) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____		
<b>Stoffwechselstörungen</b> (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____		
<b>Allergien / Atemwegserkrankungen</b> (z.B. Neurodermitis, Heuschnupfen, Asthma) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn ja, welche? _____		

Änderung: 04.12.2018	Geprüft: 11.12.2018	Freigabe: 11.12.2018
von: Lohrer, Celina	von: Lohrer, Celina	von: Lohrer, Celina



# Anamnesebogen

Seite: 2 von 2  
Revisionsstand: 1.8  
Erstellung: 20.08.2014

**Gehirn- und Nervenerkrankungen** (z. B. Anfallsleiden, Migräne, Depression, etc.)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen des Bewegungsapparates** (z. B. Rheuma, Gicht)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nieren- / Blasen- / Leber- / Magen- / Darmerkrankung** (z. B. Niereninsuffizienz, Gelbsucht)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Erkrankung des blutbildenden Systems** (z.B. Blutarmut, Bluter)  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

**HIV (AIDS)**  ja  nein

**Hepatitis A, B oder C**  ja  nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Tuberkulose (Tbc)**  ja  nein Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Sonstige Infektionskrankheiten \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Drogen** oder in größeren Mengen **Alkohol** zu sich?  ja  nein

**Rauchen** Sie? Wenn ja wie viele? \_\_\_\_\_  ja  nein

Wurde bei Ihnen schon eine **Strahlentherapie/Chemo** oder sonstige **Krebs-**  
**behandlungen** durchgeführt?  ja  nein

Wenn ja **welche Art** und **wann**? \_\_\_\_\_

Traten bei Ihnen bei einer zahnärztlichen Behandlung Komplikationen auf?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns **Änderungen Ihres Gesundheitszustandes** unaufgefordert mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzl. Vertreter

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzl. Vertreter

### Überweiserpraxis

Die Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgische Praxis Dr. Dr. Christian Wentzler und Kollegen ist eine Überweiserpraxis. Mit der Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Befunde, sowie ärztliche Mitteilungen und bei uns in der Praxis erstellte Röntgenbilder an Ihren Überweiser bzw. Hauszahnarzt übersendet werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzl. Vertreter

Änderung: 04.12.2018	Geprüft: 11.12.2018	Freigabe: 11.12.2018
von: Lohrer, Celina	von: Lohrer, Celina	von: Lohrer, Celina