

ANAMNESEBOGEN



MVZ GIESENHAGEN
UND KOLLEGEN GMBH

DENTALE IMPLANTOLOGIE
MUND-, KIEFER-, GESICHTSCHIRURGIE

Name Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Name Versicherter: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Wohnort, PLZ: _____

Beruf: _____ Telefon privat: _____

E-Mail: _____ Mobiltelefon: _____

Krankenversicherung: _____

Besteht eine private Zusatzversicherung / sind Sie beihilfeberechtigt? _____

Wer ist Ihr Zahnarzt? _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wurden Sie zu uns überwiesen? _____ ja nein

Werden Sie zurzeit ärztlich behandelt? Wegen welcher **Krankheiten?** Bitte aufschreiben! ja nein

Nehmen Sie aktuell **Medikamente** ein? Wenn ja, welche? Bitte aufschreiben! ja nein

Bestehen Überempfindlichkeiten oder Allergien (z.B. gegenüber Medikamenten)? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, ASS oder ähnliches)? ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Leiden oder litten Sie an:

Herzerkrankungen? ja nein

Kreislaufbeschwerden? ja nein

Atembeschwerden? ja nein

Bluthochdruck? ja nein

Schilddrüsenerkrankung? ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Allgemeine Krämpfe (Epilepsie)? ja nein

Blutungsneigung (z.B. bei Zahnentfernungen, Verletzungen oder Operationen)? ja nein

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC): _____ ja nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben mit meiner Unterschrift.

Datum: _____ Unterschrift: _____