

Anamnesebogen



MKG RHEIN-NECKAR

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Patient: Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Krankenkasse:

Beruf:

Hauptversicherter: Name, Vorname:

Anschrift:

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
 Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Überweisender Zahnarzt/Arzt:

Hausarzt:

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein

Herzasthma, Angina Pectoris? ja nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein

Sonstiges?

Kreislaufferkrankungen: Zu hoher Blutdruck? ja nein

Zu niedriger Blutdruck? ja nein

Zustand nach Herzinfarkt? ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? ja nein

Sonstiges?

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle? ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ja nein

Sonstiges?

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein

Magen-Darmerkrankungen? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen? ja nein

Osteoporose? ja nein

Erkrankungen des Nervensystems: Epileptiforme Anfälle? ja nein

Krämpfe? ja nein

Migräne? ja nein

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein

Blutarmut (Anämie)? ja nein

Sonstiges?

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B)? ja nein

Tuberkulose? ja nein

AIDS/HIV? ja nein

Asthma: ja nein

Rheuma: ja nein

Tumorleiden: ja nein

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? ja nein

Bestehen sonstige Erkrankungen:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift