

Anmelde- und Anamnesebogen

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mailadresse: _____

Beruf (bzw. früher ausgeübter Beruf): _____

Hausarzt: _____

Hauszahnarzt: _____

Überweisender Arzt: _____

Krankenkasse: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja / Nein

Haben Sie eine stationäre Zusatzversicherung? Ja / Nein

Falls ja, mit Chefarztbehandlung? Ja / Nein

Falls Sie mitversichert sind, geben Sie bitte die Daten des Hauptversicherten an:

Name, Vorname des Hauptversicherten: _____ Geb.-Datum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

Vorerkrankungen und Medikamente können Auswirkung auf Ihre Behandlung haben. Füllen Sie daher bitte den folgenden Fragebogen sorgfältig aus, damit wir die Therapie Ihrem Gesundheitszustand optimal anpassen können. Ihre Angaben werden selbstverständlich nach der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt.

1. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? Ja / Nein
(z.B. ASS, Aspirin, Marcumar, Clopidogrel, Eliquis, Plavix, Xarelto)
Falls ja, welche? _____

2. Liegt bei Ihnen eine angeborene Blutungsneigung vor? Ja / Nein
(z.B. Hämophilie oder Von-Willebrand-Syndrom)

3. Liegen bei Ihnen Allergien vor? Ja / Nein
Falls ja, welche? _____

4. Erhalten oder erhielten Sie knochenstärkende Medikamente/ Infusionen? Ja / Nein
(z.B. Bisphosphonate, Zometa, Fosamax, Aredia, Denusomab, Prolia, XGeva)

5. Haben oder hatten Sie einen Herzfehler? (z.B. Herzklappenfehler) Ja / Nein
6. Haben oder hatten Sie einen Stent, Bypass oder eine Herzoperation? Ja / Nein
7. Haben oder hatten Sie einmal eine Endokarditis? Ja / Nein
8. Haben Sie einen Herzpass? Ja / Nein
9. Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator? Ja / Nein
10. Haben Sie Probleme mit dem Blutdruck? Ja / Nein
11. Liegt bei Ihnen ein Diabetes mellitus vor? Ja / Nein
12. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? Ja / Nein
13. Liegt eine Infektionskrankheit vor? (z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose) Ja / Nein
14. Haben Sie eine Lungenerkrankung? Ja / Nein
15. Haben Sie eine Nervenerkrankung? Ja / Nein
16. Haben Sie eine Nierenerkrankung? Ja / Nein
17. Haben Sie eine Lebererkrankung? Ja / Nein
18. Haben Sie eine Magen-/Darmerkrankung? Ja / Nein
19. Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? Ja / Nein
20. Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? Ja / Nein
Falls ja, welche: _____
21. Rauchen Sie? Ja / Nein
Falls ja, wieviel? _____
22. Nehmen Sie Drogen? Ja / Nein
Falls ja, welche? _____
23. Trinken Sie Alkohol? Ja / Nein
Falls ja, wieviel? _____
24. Besteht eine Schwangerschaft? Ja / Nein
25. Stillen Sie aktuell? Ja / Nein

Ort / Datum / Unterschrift: Patient/-in bzw. Erziehungsberechtigte/r

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Ihr MKG-Team Passau

**Dr. Dr. Koord SMOLKA | Dr. Michael HÜBNER
Dr. Dr. Tobias NITSCHKE | Dr. Dr. Matthias HIPP**