PRAXISKLINIK FÜR
MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE
Dr. Dr. Thomas Profitlich
Dr. Dr. Mirjam Schulz

Anamnesebogen

Patient

Nachname

Vorname

geboren am

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Telefonnummer (Tagsüber)

Telefonnummer (Mobil)

E-Mail

Beruf

Sonstiges / Bemerkungen

Hausarzt

Anschrift Hausarzt

Hauszahnarzt

Anschrift Hauszahnarzt

Versicherungstatus

- ☐ gesetzlich versichert
- ☐ pflichtversichert
- ☐ freiwillig versichert
- ☐ privat versichert
- ☐ Vollversichert
- ☐ Beihilfe
- ☐ Basisitarif
- ☐ Zuzahlungsbefreiung für .....
- ☐ Kostenerstattung

Gesundheitsfragen

Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?	**Ja**	**Nein**
Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen (insbes. Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation?	☐	☐
Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?	☐	☐
Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. ASS, Marcumar®)?.....	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Zuckerkrankheit Diabetes mellitus?	☐	☐
Insulinpflichtig?	☐	☐
Grüner Star (Glaukom)?	☐	☐

Fortsetzung auf der Rückseite

Dr. Dr. Thomas Profitlich
Dr. Dr. Mirjam Schulz
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Plastische Operationen
Fachzahnärzte für Oralchirurgie

Implantologie (DGMKG)
Operative Parodontologie (DGMKG)

Facharztzentrum KAP
Konrad-Adenauer-Platz 28
53225 Bonn

Telefon: 0228 946925-00
Telefax: 0228 946925-09
E-Mail: praxis@mkg-kap.de

mkg-kap.de

PRAXISKLINIK FÜR
MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE
Dr. Dr. Thomas Profitlich
Dr. Dr. Mirjam Schulz

Fortsetzung Gesundheitsfragen

Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?	**Ja**	**Nein**
Überempfindlichkeitsreaktionen / Unverträglichkeiten / Allergien (z.B. gegen bestimmte Medikamente, Metalle, Kunststoffe)?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, HIV/AIDS Tuberkulose/Tbc)?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Schilddrüsenerkrankungen?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Nervenleiden (z.B. Epilepsie, Schlaganfall)?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Erkrankungen der Knochen, Osteoporose?	☐	☐
Einnahme von Bisphosphonaten (Bondronat, Alendronat, Zometa o.ä.)?	☐	☐
Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	☐	☐
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	☐	☐
Rauchen Sie?	☐	☐
Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Wurden im letzten Jahr Röntgenuntersuchungen oder Bestrahlungen durchgeführt?	☐	☐
Wenn ja, warum?		
Befanden Sie sich im letzten Jahr in stationärer Behandlung?	☐	☐
Wurden bei Ihnen resistente oder multiresistente Keime festgestellt?	☐	☐

Medikamente, Dosierung:

Gab es Komplikationen bei zahn- / ärztlichen Behandlungen?

Wenn ja, welche?

Bitte teilen Sie uns Änderungen der Anschrift, des Gesundheitszustandes, der Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit.

Datum	Unterschrift	ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter / Betreuer