DR. ROBERT GRANCAY
und Kollegen
PRAXIS FÜR KIEFERCHIRURGIE

Dr. Robert Grancay
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Altöttinger Strasse 1b • 84524 Neuötting
Telefon: 08671-884466 • Fax: 08671-927733

ANAMNESEBOGEN - KIEFERCHIRURGIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
dieser Fragebogen ist eine **wichtige Information** für Ihren Zahnarzt. Er dient zur Beschleunigung Ihrer Behandlung und zur Vereinfachung der notwendigen Büroarbeit und verbleibt bei Ihren Akten.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschliesslich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter. Bitte beantworten Sie die nachstehend aufgeführten Fragen in Ihrem Interesse genau.

Persönliche Angaben

Patient	**Hauptversicherter**
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Strasse, Hausnummer:	Strasse, Hausnummer (falls abweichend vom Patienten):
PLZ, Ort:	PLZ, Ort (falls abweichend vom Patienten):
E-Mail-Adresse:	E-Mail-Adresse:
Telefon privat:	Telefon dienstlich:
Beruf:	Arbeitgeber:
Krankenkasse (Versicherungsgruppe, Anschrift):	☐ Pflichtversichert ☐ Freiwillig versichert
Privatversicherung	
Name und Anschrift des Zahnarztes:	Telefon:
Name und Anschrift des Hausarztes:	Telefon:
Name und Anschrift des Internisten:	Telefon:
Grund der Überweisung:	Empfehlung durch:

Es wird um Vorlage Ihres Kranken- (Chipkarte) oder Überweisungsscheines gebeten, andernfalls kann gemäß der vertraglichen Bestimmungen Privathonorar erhoben werden. Bei Abrechnung der Privathonorare erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten an ein Inkassounternehmen weitergegeben werden können.

Durch Betäubungsspritzen wird die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt.

Bitte wenden!

DR. ROBERT GRANCAY
und Kollegen
PRAXIS FÜR KIEFERCHIRURGIE

Dr. Robert Grancay
Fachzahnarzt für Oralchirurgie
Altöttinger Strasse 1b • 84524 Neuötting
Telefon: 08671-884466 • Fax: 08671-927733

Fragen zur Vorgeschichte des Patienten	Bitte Zutreffendes ankreuzen:
Haben Sie Schmerzen? Wo? _____ Seit wann? _____	☐ ja ☐ nein
Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja, seit wann? _____	☐ ja ☐ nein
Sind Sie in regelmäßiger zahnärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? _____	☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? _____ In welcher Dosierung? _____	☐ ja ☐ nein
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, wogegen? _____	☐ ja ☐ nein
Haben Sie einen Allergiepass?	☐ ja ☐ nein
Bei Patientinnen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welchem Monat / Woche? _____	☐ ja ☐ nein
Leiden Sie an einer Erkrankung des Blutes oder an einer Gerinnungsstörung?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie Anfallsleiden (z.B. Krämpfe, Epilepsie etc.)?	☐ ja ☐ nein
Leiden Sie an einer Erkrankung des Herzens? Wenn ja, an welcher? _____	☐ ja ☐ nein
Ist Ihr Blutdruck erhöht? Wenn ja, Werte? _____	☐ ja ☐ nein
Ist Ihr Blutdruck erniedrigt? Wenn ja, Werte? _____	☐ ja ☐ nein
Leiden Sie an Asthma oder einer Lungenerkrankung?	☐ ja ☐ nein
Sind Sie leberkrank oder hatten Sie schon einmal Gelbsucht?	☐ ja ☐ nein
Haben oder hatten Sie Magen- oder Darmgeschwüre?	☐ ja ☐ nein
Sind Sie nierenkrank?	☐ ja ☐ nein
Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)?	☐ ja ☐ nein
Wurde bei Ihnen ein Organ transplantiert?	☐ ja ☐ nein
Erhielten Sie eine Bestrahlungs- oder Chemotherapie? Wenn ja, wann und warum? _____	☐ ja ☐ nein
Haben oder hatten Sie andere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Krankenhausbehandlungen? Wenn ja, welche? _____	☐ ja ☐ nein
Sind Sie HIV- (AIDS-) infiziert?	☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie Drogen?	☐ ja ☐ nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____	☐ ja ☐ nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel? _____	☐ ja ☐ nein

_____ _____

Datum, Ort Unterschrift

☐ Hiermit erkläre ich mich mit allen Röntgenbildern einverstanden, die für die jeweilige/en Behandlung/Behandlungen erforderlich sind.

_____ _____

Datum, Ort Unterschrift (im Namen beider Sorgeberechtigten)

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht gemäss §203 des STGB sowie den strengen Bedingungen des Datenschutzes.