



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):	<input type="checkbox"/> Pflichtversichert <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert
Privatversicherung	Zusatzversicherung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name und Anschrift des Zahnarztes:	Telefon:
Name und Anschrift des Hausarztes / Internisten:	Telefon:
Name und Anschrift des Kieferorthopäden:	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!



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

- Informationen zum aktuellen Datenschutzgesetz habe ich gelesen und akzeptiert.
- Hiermit erkläre ich mich mit allen Röntgenbildern einverstanden, die für die jeweilige/en Behandlung/Behandlungen erforderlich sind.

Datum, Ort

Unterschrift (im Namen beider Sorgeberechtigten)