

Anamnesebogen - Oralchirurgische Praxis Dr. Dr. Jürgen Schreiber

Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____ Beruf _____ Gewicht in kg _____ Größe in cm _____

Hausarzt (nicht Zahnarzt) _____ ihre private Telefon-Nummer _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er verbleibt in Ihrer Kartei. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Therapie und Medikation genau auf Ihren Gesundheitszustand anzupassen. Der Arzt wird mit Ihnen diesen Bogen besprechen. Dabei werden Ihre Fragen zum Bogen beantwortet.

	Ja	Nein		Ja	Nein
1. Blutdruckabweichung -zu hoch -zu niedrig	()	()	16. Autoimmunerkrankungen (Rheuma, Neurodermitis)	()	()
2. Gefäßerkrankungen	()	()	17. durchgemachtes rheumatisches Fieber	()	()
3. Herzfehler	()	()	18. Schilddrüsenerkrankung	()	()
4. Herzschrittmacher	()	()	19. Nierenerkrankung Dialyse	()	()
5. Herzinnenhautent- zündung	()	()	20. Tumorerkrankungen	()	()
6. andere Herzerkrankungen	()	()	21. andere Erkrankungen	()	()
Herzoperationen			_____		
7. Zuckerkrankheit HbA1c: _____	()	()	_____		
8. Leberkrankheiten (z. B. Hepatitis A, B, C...)	()	()	22. Organtransplantation	()	()
9. Blutkrankheiten, Gerinnungsstörungen gerinnungshemmende Med.	()	()	23. Operationen _____	()	()
10. Allergien	()	()	_____		
11. Atemwegserkrankungen (Asthma, Lungenerkrank., Kieferhöhlenerkrank.)	()	()	24. Rauchen Sie ? Wieviel pro Tag? _____	()	()
12. Nervenleiden (z. B. Epilepsie, Lähmungen)	()	()	25. Alkoholgenuß täglich? Sind Sie „trockener Alkoholiker“?	()	()
13. Gemütsleiden/ Depression	()	()	26. Nehmen Sie Drogen? welche? _____	()	()
14. Immunschwäche / HIV	()	()	27. für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	()	()
15. Knochen- oder Gelenker- krankungen	()	()	28. Nehmen Sie Medikamente ein?	()	()

			29. Bekommen Sie Spritzen oder Infusionen? _____	()	()
			30. Zur Zeit / vor kurzem in ärztlicher Behandlung ?	()	()

ärztliche Bemerkungen: _____

Ihre Daten auf der Krankenversichertenkarte (Adresse, Geburtsdatum, Krankenkasse, Kassenummer etc.) und alle Röntgenbilder, Daten, Befunde, Diagnosen, Therapien, Medikamente, Arztbriefe etc. werden in unserer Praxis elektronisch oder schriftlich gespeichert. Unsere Datenschutzerklärung können Sie unter www.oralchirurgie-freiberg.de und im Gangbereich gegenüber Zimmer 9 jederzeit einsehen. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie dieser Speicherung, der Datenverarbeitung und unserer Datenschutzerklärung ausdrücklich zu.

Datum, Unterschrift: _____ | _____ | _____

Aktualisierungen: _____ | _____ | _____