



MKG GRAFENBERG

Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Dr. med. Marlit Herbst

ANAMNESEBOGEN

Patientendaten

Name / Vorname: _____
Straße / Nr.: _____ PLZ / Wohnort: _____
Telefonnummer: _____ Email: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w
Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Versicherte Person (falls abweichend)

Name / Vorname: _____
Straße / Nr.: _____ PLZ / Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w

Zuweisender Arzt / Zahnarzt: _____
Hausarzt: _____
Weitere behandelnde Ärzte: _____

Angaben zur Krankenvorgeschichte

Vorerkrankungen:

Herz-/Kreislaufkrankungen wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lungenerkrankungen (COPD/Asthma) wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Osteoporose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krebserkrankungen wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Infektionskrankheiten wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

> bitte wenden

Medikamente:
wenn ja, welche?

ja nein

Blutverdünner (ASS, Marcumar, Heparin, Eliquis, Clopidogrel, etc.) welche?

Knochenstärkungsmedikamente (Tablette, Spritzen, Infusionen?) welche?

andere:

Allergien:

Wurden Sie bereits im Kopf-Halsbereich operiert?

Rauchen Sie? ja nein Falls ja, wieviel? _____

Sind Sie schwanger? ja nein

Ich habe diesen Bogen nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige, dass alle Angaben richtig sind.

Meine Email-Adresse darf zur Kommunikation mit dieser Praxis genutzt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenbilder per Email an mitbehandelnde Kollegen versendet werden.

Unterschrift Patient/ -in

Unterschrift Erziehungsberechtigte/ -r