

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Telefon tagsüber / mobil _____ E-Mail _____

Überweisender Arzt / Zahnarzt, haben Sie eine Zusatzversicherung ? _____



MKG Praxis
Hamburg-Alsterdorf
Dr. med. Klaas Ph. Vöge
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

**Tätigkeitsschwerpunkt
Implantologie**

Heubergredder 29
22297 Hamburg-Alsterdorf

Tel.: 040 85 40 68 60
Fax: 040 85 40 68 68

praxis@mkg-alsterdorf.de
www.mkg-alsterdorf.de

Anamnesebogen

Beruf? _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf Ihre Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

	ja	nein		ja	nein
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie unter		
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Herzerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche?			• Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____			• Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____			• Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____			• Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche? _____

Neigen Sie zu Ohnmacht? ja nein

Haben Sie Probleme bei lokalen Anästhesien? ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

• Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Nervenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Immunschwäche (HIV positiv)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Wenn ja, welche ?

Wenn ja, welche? _____

Wann hatten Sie Ihren letzten Krankenhausaufenthalt?

Sind Erbkrankheiten in der Familie bekannt?

Wenn ja, welche?

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden und ich an Termine erinnert werde.

Datum, Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters