

Name, Vorname	geb. am
Straße	Nr.
Ort	PLZ
Telefon	Beruf



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

**Tätigkeitsschwerpunkt
Implantologie**

Heubergredder 29
22297 Hamburg-Alsterdorf

Tel.: +49 40 85 40 68 60
Fax: +49 40 85 40 68 68

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

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die 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"/>
• Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Herzklappenprothese	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Herzinnenhautentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Herzoperationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche?		
Neigen Sie zu Ohnmacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
Haben Sie Probleme bei lokalen Anästhesien?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
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"/>
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?			• Immunschwäche (HIV positiv)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche ?			• sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____			Wenn ja, welche?		
_____			_____		
_____			_____		
Wann hatten Sie Ihren letzten Krankenhausaufenthalt?					
_____			Sind Erbkrankheiten in der Familie bekannt?		
			Wenn ja, welche?		
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Behandlungsunterlagen an die überweisende Praxis gesendet werden.

Datum, Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters