

OralChirurgie

MECKEL – GRÄFELFING
Fachzahnarztpraxis
Pasinger Straße 4 - 82166 Gräfelfing
Telefon: 089/89 86 70-80 - Telefax: 089/89 86 70-71

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum/-Ort: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber, Ort: _____
Tel. Arbeitsplatz: _____
Krankenkasse: _____
Sind sie pflichtversichert:
Haben Sie eine Basistarifversicherung
Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Wer soll die Rechnung erhalten?
Name: _____
Adresse: _____
Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?
Wer hat uns empfohlen? _____

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____

- Haben Sie einen Allergiepass?
- Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe?
- Haben Sie zu hohen/niedrigen Blutdruck
- Haben Sie Gerinnungsstörungen?
- Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (ASS, Marcumar, Clopidogrel...)
- Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?
- Haben Sie künstliche Herzklappen, Stends, Endoprothesen?
- Hatten Sie jemals eine Endokarditis/Herzmuskelentzündung?
- Sind Sie HIV positiv?
- Haben Sie Hepatitis A/B/C/D/E?
- Haben Sie Diabetes?
- Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?
- Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?
- Leiden Sie unter Migräne?
- Haben Sie grünen Star?
- Haben Sie eine Prostataerkrankung?
- Haben Sie Brustkrebs?
- Haben Sie Asthma?
- Haben Sie Osteoporose?
- Nehmen Sie/oder haben Sie jemals Bisphosphonate eingenommen (Alendron, Aredia, Actonel, Aclasta, Boneviva, Bonefos, Clondron, Fosamax, Pamifos, Zometa, Sutent, Denosumap..)?
- Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche
- Fand eine Röntgenuntersuchung statt?
- Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?
- Besteht ein geteiltes Sorgerecht?

Mir ist bewusst, dass ich nach der Behandlung, solange die Betäubung wirkt nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf. Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum/Ort _____

(Patient, Erziehungsberechtigter oder gerichtl. best. Betreuer)