



**Dr. Andreas Meiß MSc.**

Facharzt für Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie  
Ästhetische Gesichtschirurgie - Zahnarzt - Oralchirurgie  
Ambulante Operationen - Belegarzt  
www.dr-meiss.com · info@dr-meiss.com

# Anamnesebogen

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis!

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche/ärztliche Behandlung haben. Dieser Fragebogen soll uns den Ablauf in der Praxis erleichtern. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig!

Der Anamnesebogen ist Teil Ihrer Behandlungsunterlagen und ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

### Persönliche Daten

---

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
Adresse: ..... Telefon: .....  
..... Mobil: .....  
Beruf: ..... Telefon Arbeit: .....  
Arbeitgeber: ..... E-Mail: .....  
Versicherung:  gesetzlich  privat Private Versicherung: .....

**Bitte beachten Sie: Kontaktdaten bitte vollständig ausfüllen! Nur so können wir Sie erreichen falls es Rückfragen gibt oder Sie an Ihren Termin erinnern.**

### Einwilligung Termin-Erinnerung

---

Ich bin damit einverstanden, per Telefon, Email, SMS oder anderen Messengerdiensten an meinen Termin erinnert zu werden.

### Behandelnde Ärzte

---

Hausarzt (Name/Adresse): .....  
Zahnarzt (Name/Adresse): .....  
Kieferorthopäde (Name/Adresse): .....  
Onkologe (Name / Adresse): .....

### Wie sind Sie zu uns gekommen?

---

Empfehlung  Überweisung  Internet  Vortrag/Messe Sonstiges: .....

In unserer Bestellpraxis bemühen wir uns, die für Sie reservierten Behandlungszeiten vorzubereiten und zeitlich einzuhalten. Wir dürfen Sie deshalb bitten, Termine die Sie nicht einhalten können, spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Sollte es wegen Notfällen einmal zu Verzögerungen im Praxisablauf kommen, können wir Sie benachrichtigen, wenn Sie Ihre Kontaktdaten im Anamnesebogen vollständig angegeben haben.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sämtliche Ansprüche und Forderungen, die sich aus dem Behandlungsvertrag ergeben, soweit sie nicht dem gesetzlichen Forderungsübergang unterliegen, nicht an Dritte abgegeben oder verpfändet werden dürfen.

Ich stimme der Veröffentlichung der von mir im Rahmen der Behandlung gemachten Foto- oder Filmaufnahmen zu wissenschaftlichen oder informativen Zwecken durch den Praxisinhaber zu.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihr Einverständnis und das Sie diese Informationen erhalten und verstanden haben.

Ravensburg, den .....

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Betreuer: .....

**Bitte wenden →**



**1) Herz-/Kreislaferkrankungen?**

**Betreffendes unterstreichen!**

Ja Nein

- Hoher/niedriger Blutdruck?  Ja  Nein
- Herzinfarkt? Herzschwäche?  Ja  Nein
- Rhythmusstörungen? Schrittmacher?  Ja  Nein
- Künstliche Klappe, Stents, Bypass?  Ja  Nein

**2) Leiden Sie unter Blut- oder Gefäßerkrankungen?**

Ja Nein

- Durchblutungsstörungen?  Ja  Nein
- Thrombosen?  Ja  Nein
- Schlaganfall?  Ja  Nein
- Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein
- Langes Bluten nach Verletzungen?  Ja  Nein

**3) Erkrankungen von Nerven, Muskeln und Gelenken:**

Ja Nein

- Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?  Ja  Nein
- Depressionen, Angstzuständen?  Ja  Nein
- Muskelschwäche (z.B. MS)?  Ja  Nein
- Rheuma?  Ja  Nein

**4) Leiden Sie unter:**

Ja Nein

- Diabetes/Zuckererkrankung?  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankungen?  Ja  Nein
- Magen-, Darmerkrankungen?  Ja  Nein
- Augenerkrankungen (grüner Star)?  Ja  Nein
- Tumor-/Krebserkrankungen?  Ja  Nein
- Osteoporose?  Ja  Nein
- Nierenversagen/Dialyse?  Ja  Nein

**5) Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?**

.....  
.....  
.....

**6) Haben o. hatten Sie eine Infektionskrankheit, z.B.?**

Ja Nein

- Tuberkulose?  Ja  Nein
- Gelbsucht, Hepatitis?  Ja  Nein
- HIV/Immunschwäche/AIDS?  Ja  Nein
- Waren oder sind Sie drogenabhängig?  Ja  Nein
- Rauchen Sie?  Ja  Nein

**7) Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?**

- ASS  Plavix
- Marcumar  Xarelto
- Clopidogrel  Eliquis
- Wenn ja, welche? .....

**8) Hatten Sie jemals eine Behandlung gegen Osteoporose oder wegen einer Krebserkrankung? Betreffendes unterstreichen!**

Ja  Nein

**9) Hatten Sie jemals eine Behandlung mit Bisphosphonaten oder Monoklonalen Antikörpern? Betreffendes unterstreichen!**

Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

**10) Für Patientinnen:**

Ja Nein

- Sind Sie schwanger?  Ja  Nein
- Wenn JA im wievielten Monat? .....
- Stillen Sie?  Ja  Nein

**11) Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein?**

.....  
.....

**12) Wann wurden Sie zuletzt geröntgt (auch Zähne)?**

.....  
.....  
.....

**13) Sonstige Erkrankungen?**

.....  
.....  
.....

Ravensburg, den .....  
Unterschrift des Patienten/  
Erziehungsberechtigten/Betreuer:

.....