



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:
Pflegegrad: ☐ ja ☐ nein
wenn ja, welcher?: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Bei Familienversicherten – Angabe des Versicherten

Name, Vorname: Geburtsdatum:
Adresse:
Gesetzliche Krankenkasse/ggf. private Zusatzversicherung Zahnbehandlung/Krankenhaus/Privatversicherung:
.....

Behandelnde Ärzte (Name ist ausreichend)

Hausarzt: Zahnarzt:
Kieferorthopäde:

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 dass Sie diese Informationen erhalten und verstanden habe.

Ravensburg, den

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/Betreuer:



1) **Herz- Kreislauferkrankungen?**
Betreffendes unterstreichen! Ja Nein

Hoher/niedriger Blutdruck ☐ ☐

Herzinfarkt/Herzschwäche ☐ ☐

Rhythmusstörungen? Schrittmacher? ☐ ☐

Künstliche Klappe, Stents, Bypass ☐ ☐

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

Durchblutungsstörungen? ☐ ☐

Thrombosen? ☐ ☐

Schlaganfall ☐ ☐

Blutgerinnungsstörung ☐ ☐

Langes Bluten nach Verletzungen? ☐ ☐

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

Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) ☐ ☐

Depressionen, Angstzustände ☐ ☐

Muskelschwäche (z. B. MS) ☐ ☐

Rheuma ☐ ☐

Asthma ☐ ☐

4) **Leiden Sie unter** Ja Nein

Diabetes/Zuckererkrankung ☐ ☐

Schilddrüsenerkrankung ☐ ☐

Magen-, Darmerkrankung ☐ ☐

Augenerkrankung (grüner Star) ☐ ☐

Tumor-/Krebserkrankung ☐ ☐

Osteoporose ☐ ☐

Nierenversagen/Dialyse ☐ ☐

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

.....

.....

.....

6) **Haben o. hatten Sie eine Infektionskrankheit**

Tuberkulose ☐ ☐

Gelbsucht ☐ ☐

Hepatitis ☐ ☐

HIV/AIDS ☐ ☐

Waren o. sind Sie drogenabhängig ☐ ☐

Rauchen Sie? ☐ ☐

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

ASS ☐ Plavix ☐

Marcumar ☐ Xarelto ☐

Clopidogrel ☐ Eliquis ☐

Sonstige:.....

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?**

Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, welche?

.....

10) **Für Patientinnen** Ja Nein

Sind Sie schwanger? ☐ ☐

Wenn ja, im wievielten Monat?

Stillen Sie? ☐ ☐

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

.....

.....

12) **Wann wurden Sie zuletzt geröntgt?**

.....

13) **Sonstige Erkrankungen?**

.....

.....

.....

Ravensburg, den

Unterschrift des Patienten/

Erziehungsberechtigten/Betreuer:

.....