



**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: .....

Beruf: ..... Mobil: .....

Arbeitgeber: ..... Telefon Arbeit: .....

E-Mail: .....

**Telefonzeile / E-Mail Adresse ausgefüllt? Nur so können wir Sie gut erreichen falls es einmal Rückfragen oder Terminverschiebungen gibt!**

## Bei Familienversicherten - Angabe des Versicherten:

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Gesetzliche Krankenkasse / ggf. private Zusatzversicherung / Zusatzversicherung Zahnbehandlung oder Krankenhaus: .....

Privatversicherung: .....

## Behandelnde Ärzte

Hausarzt (Name / Adresse): .....

Zahnarzt (Name / Adresse): .....

Kieferorthopäde (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-/Kreislaufkrankungen?  
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
- 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? 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:

.....



## Patientenfragebogen zu COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. \*: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem nach dem Ministerium für Soziales und Integration BW ausgewiesenen Risikogebiet (Reisewarnung) nach § 1 Absatz 1, 4 der CoronaVO EQ?

- Nein  
 Ja

Hatten Sie Kontakt (länger als 15 Minuten, enger als 2 Meter) zu einer nachweislich an COVID-19 erkrankten Person?

- Nein  
 Ja

Haben Sie sich in den letzten 14 Tagen auf COVID-19 testen lassen?

- Nein  
 Falls ja, Testergebnis:  positiv      Testdatum: \_\_\_\_\_  
 negativ

Sind Sie erkrankt?

- Nein  
 Ja und zwar an:       Halsschmerzen       Husten       Fieber  
 Durchfall       Luftnot       Geschmack- und

Geruchslosigkeit

Falls ja seit wann: \_\_\_\_\_

Gibt es mindestens einen dieser Risikofaktoren?

- \*Alter  $\geq$  60 Jahre  
 Herz-Vorerkrankungen  
 Lungen-Vorerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis)  
 Chronische Lebererkrankungen  
 Diabetes mellitus  
 Onkologischer Patient (Chemotherapie)  
 Immunsupprimierter Patient (bedingt durch Erkrankungen oder Therapie)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

....., den .....Unterschrift: .....

(Ort/Datum)

# Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

---

Vorname, Name,

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Andreas Meiß:

## **Zentrum für Kiefer- und Gesichtschirurgie Praxis + Klinik Dr. Meiß**

meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters