



PRAXIS OSTERLOH

Dieter Osterloh
Facharzt für
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Franziskusstraße 4
49393 Lohne
Tel: 04442/80175-0
Fax: 04442/80175-20
e-mailinfo@mkg-osterloh.de

Anamnesebogen

Patient:

Name, Vorname _____ geboren am _____

Anschrift:

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____ Telefon _____

Mobilnummer _____ Telefon Arbeitsplatz _____

Beruf:

Versicherungsstatus:

- privat versichert
 Beihilfe
 Standard
 Vollversichert

- gesetzlich versichert
 pflichtversichert
 freiwillig versichert

- Zuzahlungsbefreiung für:
 Beihilfe
 Zusatzversicherung
 Kostenerstattung

Hausarzt:

bzw. andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind _____

Hauszahnarzt

Bestehen bei Ihnen oder sind folgende Gesundheitsstörungen bekannt:	ja	nein
1. Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen (insbes. Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herzschrittmacher- / Defibrillator-Implantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung? Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. ASS, Marcumar®)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes mellitus? Insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Grüner Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen bei Ihnen oder sind folgende Gesundheitsstörungen bekannt:	ja	nein
7. Überempfindlichkeitsreaktionen / Unverträglichkeiten / Allergien (z.B. gegen bestimmte Medikamente, Metalle, Kunststoffe)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Schilddrüsenerkrankungen? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nervenleiden (z.B. Epilepsie)? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Konsumgewohnheiten (Rauchen, Alkohol) Welche, wieviel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sind oder waren Sie alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden? Welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente/Dosierung:

Gab / Gibt es Komplikationen bei der zahnärztlichen Behandlung (wenn ja, welche?):

Bitte teilen Sie uns jede Änderung der Anschrift, des Gesundheitszustandes, von Medikamenteneinnahmen und bei Frauen eine eventuelle Schwangerschaft mit!

Weiterhin weisen wir darauf hin, dass nach einer Anästhesie die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges und / oder zum Bedienen von Maschinen 24 Stunden eingeschränkt sein kann.

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter o. Betreuer: _____
Ort, Datum _____ Unterschrift _____