



# 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  gesetzlich versichert  Zuzahlungsbefreiung für:  
 Beihilfe  pflichtversichert \_\_\_\_\_  
 Standard  freiwillig versichert  Beihilfe  
 Vollversichert  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?

8. Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS)?  
Welche?

9. Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)?  
Welche?

10. Schilddrüsenerkrankungen?  
Welche?

11. Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere)?  
Welche?

12. Nervenleiden (z.B. Epilepsie)?  
Welche?

13. Konsumgewohnheiten (Rauchen, Alkohol)  
Welche, wieviel?

14. Sind oder waren Sie alkoholabhängig?

15. Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel?  
Welche?

16. Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?  
Welche?

17. Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

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