



ANAMNESEBOGEN

Patient

Name / Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift (Straße): _____

(PLZ, Ort): _____

Telefonnummer (Festnetz / Mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Pflegegrad: _____

Versicherter (nur, falls abweichend)

Name / Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift (Straße): _____

(PLZ, Ort): _____

Telefonnummer (Festnetz / Mobil): _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei meinem minderjährigen Kind Röntgenaufnahmen im Rahmen der Behandlung durchgeführt werden. ja nein

Waren Sie vor Kurzem oder befinden Sie sich aktuell in ärztlicher / zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Überweiser: _____

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen, Überempfindlichkeiten, Hautausschlag, Unverträglichkeiten? Wenn ja, wogegen? ja nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Wurde schon einmal eine Operation durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wann und welche? _____

Traten Komplikationen auf? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Befinden sich Implantate im Körper (z. B. Herzschrittmacher, Defibrillator, künstliche Gelenke wie Knie oder Hüfte)? ja nein

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Praxis für Kieferchirurgie und Implantologie

Dr. Markus Zeck

Lange Straße 1
38100 Braunschweig

T +49 (0) 531 12611-8
F +49 (0) 531 12611-9

praxis@kieferchirurgie-zeck.de
www.kieferchirurgie-zeck.de



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (Blutverdünner) dauerhaft oder in den letzten Tagen:

Aspirin® / ASS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pradaxa® / Eliquis® / Xarelto® / Lixiana®	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Brilique® / Ticagrelor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Plavix® / Iscover® / Clopidogrel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Marcumar® / Falithrom® / Phenprocoumon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Leiden oder litten Sie an den folgenden Krankheiten:

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krebs	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, seit wann und welche Art?	_____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?	_____
Wenn ja, welche? _____		Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche? _____		Arthrose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten (z. B. Alendron, Bonviva®, Bondronat®, Actonel®, Fosavance®, Fosamax®, Zometa®, Zoledron, Aredia®, Aclasta®, Pamidron, Prolia®) oder Denosumab (Xgeva®) (Infusionen, Tabletten, Spritzen) behandelt? ja nein

Bestrahlung / Chemotherapie? Wenn ja, wo und wann? ja nein

Leiden Sie an einer nicht aufgeführten Krankheit? Sonstige Angaben? ja nein

Sind Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft? ja nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel am Tag? _____ ja nein

Praxis für Kieferchirurgie und Implantologie

Dr. Markus Zeck

Lange Straße 1
38100 Braunschweig

T +49 (0) 531 12611-8
F +49 (0) 531 12611-9

praxis@kieferchirurgie-zeck.de
www.kieferchirurgie-zeck.de



Für unsere Patientinnen:

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Wie haben Sie von uns erfahren?

Arzt / Zahnarzt Freunde / Bekannte Internet anderweitig

Die Angaben werden elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Die in der Praxis ausliegende Datenschutzerklärung (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen. Auf Wunsch wird mir eine Kopie der Datenschutzerklärung ausgehändigt.

Hinweise zur Organisation

Bitte halten Sie vereinbarte Termine ein. Sollten Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte mindestens 48 Stunden vorher ab, da wir uns sonst vorbehalten, Ihnen die Ausfallkosten nach § 615 BGB in Höhe von 250 € in Rechnung zu stellen.

Änderungen der o.g. Daten teilen Sie uns bitte umgehend mit.

Braunschweig, den _____

Unterschrift _____