

Anamnesebogen

MKG PRAXIS-KLINIK Prof. Dr. Dr. W. Eichhorn
Mörikestr. 7 | 72336 Balingen
Tel. 07433 10728 | Fax 07433 10411 | info@mkg-balingen.com | www.mkg-balingen.com



MKG
PRAXIS-KLINIK
MUND-KIEFER-GESICHTS-CHIRURGIE
PROF. DR. DR. W. EICHHORN

Mund-, Kiefer-, Gesichts-Chirurgie. Zertifizierter Implantologe. Oralchirurgie. Plastische Operationen. Belegabteilung am Zollernalb Klinikum Balingen.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Herzlich Willkommen in unserer Praxis-Klinik.

Dieser Fragebogen soll Ihnen und uns den Ablauf erleichtern. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig.

Persönliche Daten

Name, Vorname, Geburtsdatum

Wohnanschrift

Krankenversicherung

Beruf / Arbeitgeber

Tel. / Handy / Fax / E-Mail

Hausarzt

Zahnarzt

Rauchen Sie?

Wenn ja wie viel?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (auch Pille)

Wenn ja welche?

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen
(Überempfindlichkeiten, z. B. bestimmte Medikamente?)

Treten bei Ihnen nach Verletzungen und Zahnziehen
stärkere Blutungen auf (z.B. infolge von Blutgerinnungsstörungen)?

Gesundheit

JA

NEIN

Herzerkrankung
(Klappenersatz, Infarkt, Herzfehler, Endokarditis)

Haben Sie einen Herzschrittmacher

Lebererkrankung (Gelbsucht)

Infektionserkrankung (Tuberkulose, Hepatitis, HIV, Lues)

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Osteoporose (Knochenschwund),
wenn ja nehmen Sie Bisphosphonate ein, z. B. Aledronat, Zometa

Atemwegs-/Lungenerkrankung
(Bronchitis, Asthma)

Anamnesebogen

MKG PRAXIS-KLINIK Prof. Dr. Dr. W. Eichhorn
Mörikestr. 7 | 72336 Balingen
Tel. 07433 10728 | Fax 07433 10411 | info@mkg-balingen.com | www.mkg-balingen.com



MKG
PRAXIS-KLINIK
MUND-KIEFER-GESICHTS-CHIRURGIE
PROF. DR. DR. W. EICHHORN

Mund-, Kiefer-, Gesichts-Chirurgie. Zertifizierter Implantologe. Oralchirurgie. Plastische Operationen. Belegabteilung am Zollernalb Klinikum Balingen.

| Gesundheit | JA | NEIN |
|--|----|------|
| Bluthochdruck | | |
| Magen-Darm-Erkrankung | | |
| Blutarmut | | |
| Nervenerkrankung | | |
| Krampfleiden (Epilepsie) | | |
| Grüner Star | | |
| Rheuma | | |
| Nierenerkrankung | | |
| Schilddrüsenüber- oder Schilddrüsenunterfunktion | | |
| Besteht eine Schwangerschaft | | |
| Haben Sie eine private Zahnzusatzversicherung | | |
| Haben Sie eine private stationäre Zusatzversicherung | | |
| Haben Sie eine Krankheit, die nicht aufgeführt ist? | | |

Datenschutzeinwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, Behandlungsdaten und Befunde (dazu zählen unter anderem Anamnesen, Diagnosen, Überweisungen, Pathologieaufträge bzw. Pathologiebefunde, Therapievorschläge und allgemeine Befunde) an einen anderen Leistungserbringer (z.B. Kassenärztliche oder Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Rechenzentrum, Ärztekammer, Pathologieinstitut) sowie an Dritte (z.B. Ärzte/Zahnärzte) weitergeleitet werden. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte/Zahnärzte oder Physiotherapeuten, bei denen ich in der Behandlung bin, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Nur für PRIVAT versicherte Patienten:

Sind Sie in einem der folgenden Privaten Sozialtarife versichert, die nur eingeschränkten Versicherungsschutz bieten?

Ja, im Basistarif Standardtarif Notlagentarif

Wenn ja, legen Sie bitte einen entsprechenden Ausweis Ihrer Privaten Krankenversicherung vor, da sonst nach den normalen GOÄ/GOZ-Kriterien abgerechnet wird.

Sind Sie Beihilfeberechtigt? Ja Nein

Achtung! Bei privat versicherten Patienten, können Kosten für die pathologische Gewebsuntersuchung entstehen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift