



Praxis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Implantologie im Ärztehaus am Klinikum Kempten  
Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Versicherungsträger/  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefon Handy: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter  
(Eltern/Ehepartner): \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

Überweisende Zahnärztin / Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Überweisende Ärztin / Arzt: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: JA  / NEIN

**Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand:**

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, vor der ersten Behandlung um die Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA  / NEIN

wenn **JA**, welche? \_\_\_\_\_

haben Sie eine Infektion wie Hepatitis, MRSA, HIV, TBC etc.? JA  / NEIN

wenn **JA**, welche? \_\_\_\_\_

haben Sie einen implantierten Herzschrittmacher? JA  / NEIN

besteht eine Allergie gegen Latex? JA  / NEIN

besteht eine Allergie gegen Novalgin, Ibuprofen, Paracetamol,

Clindamycin, Amoxicillin oder Cefuroxim, Penicillin? (unterstreichen oder einkreisen) JA  / NEIN

**unterstreichen oder einkreisen:**

leiden oder litten Sie an Bluterkrankungen (Blutungsneigung, Blutarmut),  
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Herzschwäche, Bluthochdruck), Rheuma,  
Asthma, Leber- oder Nierenerkrankung, Zuckerkrankheit/Diabetes,

Schilddrüsen- oder Nervenerkrankungen? JA  / NEIN

rauchen Sie? Wenn **JA** wie viele Zigaretten oder ähnliches? \_\_\_\_ Stück JA  / NEIN

wurde eine Strahlentherapie (Krebsbehandlung) durchgeführt? JA  / NEIN

wenn **JA**, wann? \_\_\_\_\_

nur für Patientinnen: besteht zurzeit eine Schwangerschaft? JA  / NEIN

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Kempten, den \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient/ Erziehungsberechtigte/-r