

# Anamnesebogen der Praxis für Oralchirurgie & Implantologie

## Dr. Daniel Huber

Name/Vorname	Geb. Datum
Straße/Nr.	Tel.-Nr.: Mobil: E-Mail:
Wohnort	Arbeitgeber
Beruf	Tel. Nr. Arbeitgeber
Krankenkasse	Anschrift Arbeitgeber
Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind: Zahnarzt: Hausarzt: Andere Ärzte/Heilberufler:	Hat Ihr Zahnarzt unsere Praxis empfohlen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Waren Sie auf unserer Homepage? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Google, Telefonbuch, Empfehlung, etc.)

**Füllen Sie bitte die nachfolgenden Fragen nach Ihrem derzeitigen Kenntnisstand aus.**

	Ja	Nein		Ja	Nein
Haben Sie bekannte Herz- Kreislauf-/ oder Gefäßkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Waren Sie in letzter Zeit in allgemeinärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bekanntes Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hat sich Ihr allgemeiner Gesundheitszustand verschlechtert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bekannte Bluterkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind jemals Komplikationen bei ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen aufgetreten z.B. nach Anästhesie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ungewöhnliche Blutungsneigungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind Sie schwanger? Bitte teilen Sie uns auch bei späteren Behandlungen jede Schwangerschaft mit!!!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Mittel z.B. ASS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen oder nahmen Sie jemals Medikamente zur Osteoporosetherapie ein z.B. Fosamax?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie bekannter Diabetiker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie grünen Star (Glaukom)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele? _____ Stk. /Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ein bekanntes Schilddrüsenleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie Tuberkulose (Tbc)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existieren Zahn-/Kiefer- Röntgenbilder jüngeren Datums?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besteht eine bekannte HIV-Infektion?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reagierten Sie jemals überempfindlich auf irgendwelche Substanzen oder Arzneien? Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben/Hatten Sie je ein bekanntes Leberleiden (Gelbsucht/Hepatitis)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie sonstige Erkrankungen? Welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie an der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)/ Neue Variante der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (vCJK)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unsere Praxis wird nach einem Bestellsystem geführt. Es wird darum gebeten, Termine bei Verhinderung rechtzeitig abzusagen. Rechtzeitig bedeutet für Sie, mindestens mit einem Vorlauf von einem vollständigen Praxisarbeitstag vorher abzusagen. Andernfalls wird ein Ausfallhonorar in Höhe der ausgefallenen Behandlung /OP in Rechnung gestellt (§§611, 615 BGB). Sollten Sie krankheitsbedingt absagen müssen, findet diese Regelung keine Anwendung. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der gemachten Angaben und bestätige, dass ich über die gesetzlichen Regelungen (§§611, 615 BGB, Terminabsage/Ausfallgebühr) informiert worden bin.

**Datum / Unterschrift/gesetzlicher Vertreter**

OPG/ Rö notwendig