

Oralchirurgische Praxis Dr. Pietschmann

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Tel. Privat:* _____ Tel. Arbeit:* _____

E-Mail Adresse:* _____

Beruf / Arbeitgeber /Ort : _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Wenn ja, welche (bitte alle angeben!)???

Welche **ALLGEMEINEN ERKRANKUNGEN** haben Sie und welche **OPERATIONEN** hatten Sie bisher?

Liegen **Psychologische Erkrankungen** vor; wenn ja, welche? ja / nein

Rauchen Sie, wenn ja, wieviel??? -----

Sind Sie allergisch bzw. reagieren Sie empfindlich auf bestimmte Stoffe (**WELCHE**)? ja / nein

Haben Sie **Gerinnungsstörungen**, nehmen Sie **Blutverdünner** ein, wenn ja, welche? ja / nein

Haben Sie eine **Herz-/Kreislaufkrankung**, wenn ja, welche? Leiden Sie an **Diabetes**? ja / nein

Sind Sie HIV positiv oder haben Sie eine Infektionserkrankung (Hepatitis, TbC)? ja / nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein

Haben Sie grünen Star? ja / nein

Haben Sie eine hormonelle Erkrankung, nehmen Sie **Bisphosphonate** ein? ja / nein

Sind Sie **schwanger**, wenn ja in welcher Woche? nein / ja, in der _____ SSW

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja / nein Haben Sie Geräusche oder Schmerzen

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja / nein im Kiefergelenk? ja / nein

Sind Ihre Zähne gelockert? ja / nein

Besitzen Sie eine **Zahn-Zusatzversicherung**? ja / nein

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen sowie freiwillig (*) gemacht zu haben.

Stralsund, den _____

Unterschrift Patient