

Anamnese – Fragen zur Krankenvorgeschichte

Vor- und Zuname: Geburtsdatum:
 Adresse:
 Telefon privat: dienstl.: mobil:
 Beruf: Krankenkasse:
 Name und Vorname des Hauptversicherten:
 überweisender Arzt:
 Hausarzt:
 Hauszahnarzt:
 Kieferorthopäde:
 Waren Sie schon einmal in unserer Abteilung? ja (bitte Jahr angeben) nein
 Haben Sie eine private Zusatzversicherung für eine stationäre Behandlung? ja nein

Liebe Patientin, lieber Patient,

zur gezielten Behandlung und Beurteilung der Operationsrisiken ist die Kenntnis bereits bestehender Vorerkrankungen von großer Wichtigkeit für uns. Wir bitten Sie, nachstehende Fragen sorgfältig zu lesen und mit einem Kreuz zu beantworten.

- Waren Sie in den letzten 2 Jahren in einem Krankenhaus? ja / nein
 Wenn ja, weshalb?
- Haben Sie größere Operationen hinter sich? ja / nein
 Wenn ja, welche?
- Gab es Komplikationen? ja / nein
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja / nein
 Wenn ja, welche?
- Leiden oder litten Sie an einer Tumorerkrankung? ja / nein
 Wenn ja, welche?
- Sind Sie schon einmal mit Strahlen behandelt worden? ja / nein
- Sind Sie schon einmal mit Zytostatika (Chemotherapie) behandelt worden? ja / nein
- Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein? ja / nein
- Sind Sie schwanger? ja / nein
- Rauchen Sie? ja / nein
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja / nein
- Nehmen Sie Drogen? ja / nein
- Hatten Sie schon einmal eine Infektion mit multiresistenten Erregern (z.B. MRSA?) ja / nein

Bitte wenden!

Erstellt von: Zimmermann	Geändert am: 28.10.2020	Geprüft am: 28.10.2020	Freigegeben am: 28.10.2020
Version: 05	Geändert von: Fuchs	Geprüft von: Zimmermann	Freigegeben von: Pfeifer

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)

Herz/Kreislauf

- Angina pectoris Infarkt Herzschrittmacher künstl. Herzklappe
 Rhythmusstörungen hoher Blutdruck niedriger Blutdruck

Gefäße

- Schlaganfall Krampfadern Thrombosen Durchblutungsstörungen

Blut

- Gerinnungsstörungen Blutarmut

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison Zustand nach Organtransplantation HIV / AIDS

Atemwege/Lunge

- Lungenentzündung Asthma Tuberkulose chronische Bronchitis

Leber

- Hepatitis A B C Gallensteine

Magen/Darm

- Geschwür Tumor

Nieren

- Nierensteine Dialysepflichtigkeit

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit Schilddrüse

Rheuma

- Chronisches Gelenkrheuma rheumatisches Fieber

Nerven

- Krampfanfälle Lähmungen Depressionen Angstzustände

Augen

- Grüner Star Grauer Star

Allergien und Unverträglichkeiten

- Heuschnupfen Penicillin Latex Pflaster sonstige Medikamente

Sonstiges:

.....

Hiermit willige ich ein, dass meine Daten für die Nach-/ Weiterbehandlung im Zahnmedizinischen Versorgungszentrum gespeichert werden dürfen: ja nein (bitte ankreuzen!)

 Datum und Unterschrift

Erstellt von: Zimmermann	Geändert am: 28.10.2020	Geprüft am: 28.10.2020	Freigegeben am: 28.10.2020
Version: 05	Geändert von: Fuchs	Geprüft von: Zimmermann	Freigegeben von: Pfeifer