

Anmelde- und Anamnesebogen



mkg am vincentinum
dr dr mayr

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Für einen sicheren Behandlungsablauf möchten wir Sie bitten, uns neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand mitzuteilen. Die Vollständigkeit Ihrer Angaben soll mögliche Komplikationen reduzieren und ermöglicht eine individuelle Behandlungsplanung.

Persönliche Angaben

Name, Vorname _____ Geb.datum _____ Tel. priv./mobil _____

Mail _____ Adresse _____

Ihr Arbeitgeber _____ Ihr Beruf _____

Ihr Hausarzt _____ Überweisung durch (Name) _____

Krankenkasse · Versicherung

Gesetzlich versichert: Freiwillig Pflicht / Privat versichert: Basistarif Standardtarif

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein / Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe? Ja Nein

Bestehende Erkrankungen und Therapien

Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
(z.B. Hämophilie, v.W.J.-Syndrom)

Gerinnungshemmende / blutverdünnende
Medikamente Ja Nein
(z.B. Marcumar®, Eliquis®, Pradaxa®, Falithrom®,
Xarelto®, ASS, Plavix®, o.a.)

Dauerhafte/momentane Medikamenten-
einnahme Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente für den
Knochenstoffwechsel ein? Ja Nein
(z.B. Bisphosphonate {Clodronat (Bonefos®), Pamid-
ronat (Aredia®), Ibandronat (Bondronat®, Bonviva®)},
Zometa®, Alendronsäure o.a.)

Nehmen Sie Denosumab ein?
(z.B. Prolia®, Xgeva®) Ja Nein

Allergien oder Medikamentenun-
verträglichkeiten Ja Nein

Haben Sie eine Immunschwäche (Einnahme
von Cortison / Zustand nach Organtransplantation)
 Ja Nein

Haben Sie einen Allergiepass/Herzpass?
 Ja Nein

Dr. med. Dr. med. dent. Stefan Mayr

Facharzt für Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie

Fränkiskanergasse 14 · 86152 Augsburg
Tel 0821 50802270 · Fax 0821 50802271

info@mkg-vincentinum.de
mkg-vincentinum.de

Herz-, Kreislaufkrankungen
 Ja Nein
(z.B. Klappenersatz, Rhythmusstörungen,
Herzschrittmacher, Angina pectoris/Infarkt,
Bluthochdruck)

Atemwegserkrankungen Ja Nein
(z.B. chron. Bronchitis, Asthma)

Infektionskrankheiten Ja Nein
(z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose,
Creutzfeldt-Jakob (CJK)/Varianten CJK)

Tumorerkrankungen (auch zurückliegende)
 Ja Nein

Knochenerkrankungen Ja Nein
(z.B. Osteoporose)

Bestrahlungen / Strahlentherapie
(im Kopf-, Halsbereich) Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen Ja Nein
(z.B. Diabetes, Schilddrüse)

Chronische Erkrankungen des
Magen-Darm-Traktes Ja Nein
(z.B. Mrb. Crohn, Gastritis)

Leiden Sie an einer anderen Erkrankung?
 Ja Nein

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?
 Ja Nein

Fragen zu ihrer Gesundheit

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?
 Ja Nein
Wenn ja, in welcher Woche?

Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Wurden Aufnahmen (z.B. Röntgen, CT, MRT)
des Kopfes, der Kiefer oder der Zähne
erstellt? Wenn ja, welche, wann und wo?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam
geworden?

→ Ich werde hiermit darauf aufmerksam
gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit
durch eine örtliche Betäubung und
Medikamente, die vor und während
der Behandlung verabreicht werden,
eingeschränkt sein kann.

→ Mit meiner Unterschrift bestätige ich
die Vollständigkeit und Richtigkeit
meiner obigen Angaben und stimme der
Speicherung meiner persönlichen Daten
ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich,
Änderungen meiner Angaben rechtzeitig
mitzuteilen.

Ort, Datum
Unterschrift Patient/in oder
Erziehungsberechtigte/r

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre
Beantwortungszeit! Ihr Team der Praxis
für mkg am vincentinum