

# ANAMNESEBOGEN

## PERSÖNLICHE ANGABEN

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße, Nr.

.....  
PLZ, Ort

.....  
Geburtsdatum

.....  
Email

.....  
Telefon

.....  
Beruf

## VERSICHERUNGSSTATUS

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> privat versichert | <input type="radio"/> gesetzlich versichert | <input type="radio"/> zusatzversichert |
| <input type="radio"/> Beihilfe          | <input type="radio"/> pflichtversichert     |  |
| <input type="radio"/> Standard          | <input type="radio"/> freiwillig versichert | <input type="radio"/> nicht versichert |
| <input type="radio"/> Vollversichert    |   |  |

## BEHANDELNDE ÄRZTE

.....  
Überweisender Arzt / Zahnarzt / Kieferorthopäde

## ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

- |   |                          |                            |                                |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Bluthochdruck                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Allergien                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Asthma bronchiale                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? .....                  |                          |                            |
| COPD  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Hepatitis A, B, Hepatitis C    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose                                 | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? .....                  |                          |                            |
| Nierenerkrankung, Dialyse                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Krebserkrankung                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Diabetes                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? ..... Seit wann? ..... |                          |                            |
| Schlaganfall                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Bestrahlungstherapie           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rauchen Sie?                                | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Wann? .....                    |                          |                            |
| Rheuma                                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Chemotherapie                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| <b>Bitte zutreffendes unterstreichen:</b>   |                          |                            | Wann? .....                    |                          |                            |
| Herzinfarkt, Stent, Bypass-OP, Herzschwäche | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Blutgerinnungsstörung          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzklappenersatz, Herzklappenfehler        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? .....                  |                          |                            |
| Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Sind Sie schwanger?            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung                      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche Woche? .....            |                          |                            |
| Osteoporose, Bisphosphonattherapie          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Nehmen Sie Medikamente?        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Krampfanfälle, Epilepsie, Depression        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | Welche? .....                  |                          |                            |
| Nehmen Sie Marcumar, ASS, Plavix?           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                                |                          |                            |
| HIV-positiv, AIDS                           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |                                |                          |                            |

Ich bin zum Zwecke der Abrechnung mit der Weitergabe der erforderlichen Informationen, Daten und notwendigen Unterlagen an Dritte ausdrücklich einverstanden.

.....  
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden (Jameda, Google, Facebook, persönliche Empfehlung)?

.....  
Datum / Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben.

.....  
Unterschrift Arzt / Zahnarzt

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. dent.

**DENYS J. LOEFFELBEIN**

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie  
Oralchirurgie  
Plastische Operationen

Dr. med.

**DANIEL LONIC**

Plastische und  
Ästhetische Chirurgie

FACE  
M