

ANAMNESEBOGEN

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

DENYS J. LOEFFELBEIN

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Oralchirurgie
Plastische Operationen

Dr. med.

DANIEL LONIC

Plastische und
Ästhetische Chirurgie



PERSÖNLICHE ANGABEN

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Ort

.....
Geburtsdatum

.....
Email

.....
Telefon

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

.....
Hausarzt

ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

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

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter Sedierung oder Narkose? ja nein
(Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten für 4 - 6 Stunden beeinträchtigt sein kann.)

.....
Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?
Möchten Sie zusätzlich über andere Behandlungsmöglichkeiten informiert werden? ja nein

.....
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

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

.....
Unterschrift Arzt / Zahnarzt