

# Anamnesebogen

Dr. med. Alexander Rudolph  
Dr. med. Stefan Hessenberger

Plastische Operationen  
Implantologie

Rudolph & Hessenberger  
**MKG**  
CHIRURGIE



**Patient** (Name, Vorname, Geburtsdatum):

**Versicherter** (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Postleitzahl, Wohnort, Straße und Haus-Nr.:

Tel.-Nr. privat:

Beruf:

Tel.-Nr. dienstl.:

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Name der Krankenkasse:

Überweisung von (Name des Arztes / Zahnarztes / Praxis):

Weitere behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung):

Dr. med. Alexander Rudolph & Dr. med. Stefan Hessenberger

Gemeinschaftspraxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Garmischer Straße 4, 80339 München

Telefon: 089.4522175-0, Telefax: 089.4522175-99, E-Mail: kontakt@mkg-praxis.de, Internet: www.mkg-praxis.de



# Bitte sorgfältig ausfüllen und Zutreffendes bitte ankreuzen!

Die Beantwortung der folgenden Fragen ist wichtig für die Erkennung und Behandlung Ihrer Erkrankungen!

1. Sind Sie schwanger?  ja  weiß ich nicht  nein

2. Letzte Röntgenaufnahme im Zahn-Kiefer-Bereich? .....

2. Sind Sie allergisch (überempfindlich) - z.B. auf Penicillin?  ja  weiß ich nicht  nein

Welche Stoffe? .....

4. Litten oder leiden Sie an folgenden Erkrankungen:

a) Krampfanfälle, Multiple Sklerose?  ja  weiß ich nicht  nein

b) Schilddrüsenfehlfunktionen?  ja  weiß ich nicht  nein

c) Herzerkrankungen?  ja  weiß ich nicht  nein

Diagnose: .....

d) Hoher Blutdruck?  ja  weiß ich nicht  nein

e) Niedriger Blutdruck (Ohnmachtsneigung)?  ja  weiß ich nicht  nein

f) Asthma?  ja  weiß ich nicht  nein

g) Erkrankungen des Magen-/Darmtrakts?  ja  weiß ich nicht  nein

h) Gelbsucht (Hepatitis)?  ja  weiß ich nicht  nein

i) Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?  ja  weiß ich nicht  nein

j) Nierenerkrankungen?  ja  weiß ich nicht  nein

k) Krebs?  ja  weiß ich nicht  nein

l) Infektionskrankheiten (HIV, TbC ... )?  ja  weiß ich nicht  nein

5. Hatten oder haben Sie andere Erkrankungen, Unfälle,

Operationen, Krankenhausbehandlungen?  ja  weiß ich nicht  nein

Welche? .....

6. Nehmen Sie Medikamente ein?  ja  nein

Welche? ..... Wieviel? .....

7. Konsumieren Sie vermehrt Alkohol?  ja  nein

8. Nehmen Sie regelmäßig Drogen?  ja  nein

Ich habe diesen Anamnesebogen nach bestem Wissen ausgefüllt und bestätige, dass alle Angaben richtig sind!

.....  
München, den

.....  
Unterschrift