

Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Oralchirurgie und Implantologie

Dr. Markus Zeck | Dr. Andreas Schütze

Lange Straße 1
38100 Braunschweig

T +49 (0) 531 12611-8
F +49 (0) 531 12611-9

praxis@zeckundschuetze.de
www.zeckundschuetze.de



ANAMNESEBOGEN

Patient

Name / Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift (Straße): _____

(PLZ, Ort): _____

Telefonnummer (Festnetz / Mobil): _____

E-Mail-Adresse: _____

Versicherter

Name / Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift (Straße): _____

(PLZ, Ort): _____

Telefonnummer (Festnetz / Mobil): _____

Krankenkasse _____

pflichtversichert ja nein beihilfeversichert im öffentlichen Dienst ja nein

Basistarif versichert (nur bei privaten Versicherungen) ja nein

Waren Sie vor Kurzem oder befinden Sie sich aktuell in ärztlicher / zahnärztlicher Behandlung? ja nein

Überweiser: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen, Überempfindlichkeiten, Hautausschlag,
Unverträglichkeiten? Wogegen? ja nein

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Traten nach Verletzungen oder Operationen stärkere Blutungen auf? ja nein

Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Oralchirurgie und Implantologie

Dr. Markus Zeck | Dr. Andreas Schütze

Lange Straße 1
38100 Braunschweig

T +49 (0) 531 12611-8
F +49 (0) 531 12611-9

praxis@zeckundschoetze.de
www.zeckundschoetze.de



Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten dauerhaft oder in den letzten Tagen

Aspirin® / ASS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pradaxa® / Eliquis® / Xarelto® / Lixiana®	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Brilique® / Ticagrelor	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Marcumar® / Falithrom® / Phenprocoumon	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Plavix® / Iscover® / Clopidogrel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Arthrose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten (z.B. Alendron, Bonviva®, Bondronat®, Actonel®, Fosavance®, Fosamax®, Zometa®, Zoledron, Aredia®, Aclasta®, Pamidron, Prolia®) oder Denosumab (Xgeva®) (Infusionen, Tabletten, Spritzen) behandelt? ja nein

Leiden oder litten Sie an den folgenden Krankheiten:

Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Krebs (Organ?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nervenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Bestrahlung / Chemotherapie „Knochentropf“ ja nein

Leiden Sie an einer nicht aufgeführten Krankheit? Wenn ja, welche? ja nein

Sind Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Sonstige Angaben: _____

Für weibliche Patienten:

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Oralchirurgie und Implantologie

Dr. Markus Zeck | Dr. Andreas Schütze

Lange Straße 1
38100 Braunschweig

T +49 (0) 531 12611-8
F +49 (0) 531 12611-9

praxis@zeckundschuetze.de
www.zeckundschuetze.de



Wie haben Sie von uns erfahren?

- Arzt / Zahnarzt Freunde / Bekannte Internet anderweitig

Die Angaben werden elektronisch gespeichert, unterliegen aber den Bestimmungen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht.

Die in der Praxis ausliegende Datenschutzerklärung (DSGVO) habe ich zur Kenntnis genommen. Auf Wunsch wird mir eine Kopie der Datenschutzerklärung ausgehändigt.

Hinweise zur Organisation

Bitte halten Sie vereinbarte Termine ein. Sollten Sie einmal einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte mindestens 48 Stunden vorher ab, da wir uns sonst vorbehalten, Ihnen die Ausfallkosten nach § 615 BGB in Höhe von 250 € in Rechnung zu stellen.

Änderungen der o.g. Daten teilen Sie uns bitte umgehend mit.

Braunschweig, den _____

Unterschrift _____