



# DR. DR. UDO SCHERER

Mund- Kiefer- Gesichtschirurgie

## Anamnese

Liebe Patientin, lieber Patient,

für Ihre Behandlung können eventuell vorhandene oder durchgemachte Erkrankungen von Bedeutung sein.

Bitte beantworten Sie deshalb zu Ihrer eigenen Sicherheit folgende Fragen! Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Was ist die Ursache Ihres Facharztbesuchs? \_\_\_\_\_

- Waren Sie in den letzten zwei Jahren bei einem Arzt in Behandlung?  nein  ja Weshalb:
- Haben Sie größere Operationen hinter sich?  nein  ja Welche:
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  nein  ja Welche:
- Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen  
(insbes. Herzklappenerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, Schlaganfall)?  nein  ja Welche:
- Herzschrittmacher-/Defibrillator-Implantation?  nein  ja
- Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen oder anderweitige Atemnot?  nein  ja Welche:
- Bluterkrankungen oder verstärkte Blutungsneigung?  
Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten (z. B. ASS, Marcumar®)?  nein  ja Welche:
- Diabetes mellitus? Insulinpflichtig?  nein  ja
- Grüner Star (Glaukom)?  nein  ja
- Überempfindlichkeitsreaktionen/Unverträglichkeiten/Allergien  
(z.B. gegen bestimmte Medikamente, Metalle, Kunststoffe)?  nein  ja Welche:
- Infektionserkrankungen (z.B. Gelbsucht/Hepatitis, Tuberkulose/Tbc, HIV/AIDS)?  nein  ja Welche:
- Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatische Erkrankungen)?  nein  ja Welche:
- Schilddrüsenerkrankungen?  nein  ja Welche:
- Erkrankungen der inneren Organe (z.B. Leber, Niere, Magen, Darm)?  nein  ja Welche:
- Nervenleiden (z.B. Epilepsie, Depression, Nervosität)?  nein  ja Welche:
- Konsumgewohnheiten (Rauchen, Alkohol)  nein  ja Was: Wie oft:
- Sind oder waren Sie alkoholabhängig?  nein  ja
- Konsumieren Sie Drogen oder Rauschmittel?  nein  ja Welche:
- Sind weitere Erkrankungen bekannt, die hier nicht erwähnt wurden?  nein  ja Welche:
- Nur für Frauen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  nein  ja Woche:
- Meine Gesundheitsdaten dürfen an einen möglichen Praxismachfolger weitergegeben werden?  nein  ja

Ort, Datum, Unterschrift\*

\*Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben