



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 Praxisnachfolger weitergegeben werden? nein ja

Ort, Datum, Unterschrift*

*Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben