



Anamnesebogen

Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen aufmerksam und füllen Sie die Felder zu Hause sorgfältig aus.

Dadurch kann Ihre Wartezeit in unserer Ambulanz deutlich verkürzt werden. Einige Fragen können Sie so z.B. mit Ihrem Hausarzt abklären. Neben dem Grund Ihrer Vorstellung in unserer Klinik haben potentielle Begleitkrankheiten oder Medikamente, die Sie einnehmen müssen, häufig großen Einfluss auf Ihre Behandlung bei uns. Bitte füllen Sie daher den Bogen sorgfältig schon vor Ihrer Vorstellung bei uns aus. Sie können ihn anschließend ausdrucken und mitbringen oder per E-Mail an **mkg-anmeldung.solingen@kplusgruppe.de** senden.

Zusätzlich können Sie uns helfen und von Ihrem Hausarzt eine aktuelle Liste der Medikamente und vorhandener Erkrankungen mitbringen. Diese müssen wir andernfalls während Ihrer Wartezeit in unserer Ambulanz bei Ihren Behandlern anfordern. Da die Kollegen zum Teil nicht erreichbar oder stark in der Patientenversorgung eingebunden sind, kann dies zu erheblichen Verzögerungen in der Beantwortung führen.

Bitte bringen Sie zudem vorhandenen Unterlagen wie aktuelle Röntgenbilder und MRTs / CTs (sofern Ihnen diese ausgehändigt wurden) mit.

Ihre Antworten auf unsere Fragen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Überweisender Arzt: _____

Behandelnder Zahnarzt: _____

Behandelnder Hausarzt: _____

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Allgemeinerkrankungen

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Nein Ja, aufgrund von: _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja, gegen: _____
Wenn ja, bitte Allergiepass mitbringen.

Haben Sie eine Blutungsneigung? Nein Ja. Art der Blutungsneigung: _____
Wenn ja, bitte entspr. Ausweis mitbringen.

Nehmen Sie blutverdün- nende Medikamente ein? Nein Ja, Medikament: _____
z.B. Aspirin/ASS 100, Marcumar, Heparin, Fragmin, Clexane, Iscover, Plavix, Efient, Eliquis, Pradaxa, Xarelto



Fortsetzung Allgemeinerkrankungen

Ist es möglich, die Medikamente vorübergehend abzusetzen?	Nein	Ja, für	Tage	
		Bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Hausarzt!		
Bei Marcumareinnahme: Wie hoch soll der Wert eingestellt sein?(INR)		Wert:		
		Bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Hausarzt!		
Wurden Sie in der Vergangenheit am Herzen operiert ?	Nein	Ja, im Jahr		
		z.B. neue Herzklappe, Stent, Bypass, Herzschrittmacher		
Hatten Sie in der Vergangenheit einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder eine Thrombose?	Nein	Ja, im Jahr		
Haben Sie sonstige Herz-erkrankungen?	Nein	Ja, und zwar:		
Ist bei Ihnen ein erhöhter oder ein zu niedriger Blutdruck bekannt ?	Nein	zu hoch	zu niedrig	
Leiden Sie unter Asthma oder einer chronischen Bronchitis?	Nein	Ja		
Haben Sie nachts Atemaussetzer (Schlafapnoe)?	Nein	Ja		
		Wenn ja, haben Sie eine Maske, die Sie deshalb nachts tragen?	Nein	Ja
Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?	Nein	Ja		
Haben Sie eine Nierenerkrankung?	Nein	Ja		
		Benötigen Sie eine Dialyse?	Nein	Ja
Liegt bei Ihnen eine Lebererkrankung vor?	Nein	Ja, und zwar:		
		z.B. Hepatitis, Zirrhose		
Ist eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt?	Nein	Ja		
Leiden Sie unter einer Augenerkrankung?	Nein	Ja, und zwar:		
		z.B. grüner Star, Blindheit		
Leiden Sie unter einer neurologischen Erkrankung?	Nein	Ja, und zwar:		
		z.B. Epilepsie, Parkinson, Demenz		
		Wenn ja, nehmen Sie bereits Epilepsie-Medikamente ein?	Nein	Ja



Fortsetzung Allgemeinerkrankungen

Ist bei Ihnen eine Depressionen, Schizophrenie oder Angststörung bekannt ?	Nein	Ja, und zwar:		
Leiden Sie an einer Erkrankung des Magens oder Darms?	Nein	Ja, und zwar:		
Leiden Sie an einer rheumatischen Erkrankung?	Nein	Ja, und zwar:		
Hatten Sie jemals eine bösartige Erkrankung (Tumor)?	Nein	Ja, und zwar:		
		Wenn ja: Haben Sie eine Chemotherapie bekommen oder erhalten Sie aktuell eine Chemotherapie?	Nein	Ja
		Sind Sie im Kopf oder Halsbereich bestrahlt worden?	Nein	Ja
		Ist eine Bestrahlung oder Chemotherapie geplant?	Nein	Ja
Erhalten Sie Medikamente oder Infusionen, die den Knochen stärken?	Nein	Ja, als Tablette Ja, per Spritze/Infusion z.B. Alendronat, Zolendronat, Ibendronat, Denosumab		
Leiden Sie unter einer Infektions-erkrankung?	Nein	Ja, und zwar: z.B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose		
Rauchen Sie?	Nein	Ja, Anzahl pro Tag:		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	Nein	Ja, Menge pro Woche:		
Bei Patientinnen: Sind sie schwanger?	Nein	Ja	Unsicher	

Sonstiges

Pflegebedürftigkeit Geben Sie bitte, falls zutreffend, den Pflegegrad an, damit wir dies bei der stationären Versorgung adäquat berücksichtigen können	Pflegegrad	I	II	III	IV
Betreuung/Vollmacht	Falls eine Betreuungsurkunde/ Vollmacht vorliegt, ist es für die Aufklärung und das Patienten-Arzt-Gespräch von Nutzen, wenn die unterschriftsberechtigte Person zum Termin anwesend ist.				



Sonstiges

Liegt bei Ihnen eine in dem Fragebogen noch nicht aufgeführte Erkrankung vor?

ggf. ausfüllen:

Welche Medikamente nehmen Sie in welcher Dosierung ein?

ggf. ausfüllen:

Worauf möchten Sie noch besonders hinweisen?

ggf. ausfüllen:

Wir möchten Sie bereits an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass Sie im Falle eines ambulanten operativen Eingriffes kein Fahrzeug führen dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift

(nach dem Druck/ vor Ort unterschreiben)