

# Praxis für Oralchirurgie und Zahnheilkunde

## Dr. med. dent. Christian Dölitzsch

Oulustraße 20 - 51375 Leverkusen  
Telefon: 0214 - 5004441 - Telefax: 0214 - 5004448  
dr.doelitzsch@poz-lev.de

### Anmeldebogen mit Anamnese

Datum \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Wer darf Informationen über Ihre Daten/  
Erkrankung erhalten, Ihre Unterlagen abholen?

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden?

Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wer soll die Rechnung erhalten?

pflichtversichert: ja / nein

Name: \_\_\_\_\_

Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes?

Adresse: \_\_\_\_\_

ja / nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungs-  
mitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wer hat uns empfohlen? \_\_\_\_\_

#### **Bitte Zutreffendes ankreuzen**

#### Bestehen gesundheitliche Risiken?

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja / nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe, Medikamente? ja / nein

Leiden Sie unter Allergien? ja / nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Allergiepaß? ja / nein

Haben Sie Blutgerinnungsstörungen (ASS, Marcumar, Bluter)? ja / nein  
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung?(hoher/niedriger Blutdruck, Herzinfarkt) ja / nein  
Haben Sie einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe, eine Bypass-OP? ja / nein  
Haben Sie schwere ansteckende Krankheiten, z.B. Hepatitis B oderC, Aids, Tuberkulose? ja / nein  
Ist bei Ihnen eine Osteoporose bekannt? ja / nein  
Leiden Sie unter der Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja / nein  
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja / nein  
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja / nein  
Leiden Sie unter Migräne? ja / nein  
Haben Sie grünen Star? ja / nein  
Haben Sie Asthma? ja / nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_  
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel pro Woche? \_\_\_\_\_  
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? \_\_\_\_\_

Nahmen / nehmen Sie Drogen? ja / nein  
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? Woche ja / nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?	ja / nein	Haben Sie Geräusche oder Schmerzen	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	ja / nein	im Kiefergelenk?	ja / nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	ja / nein	Hatten Sie jemals eine "Kiefervermessung"?	ja / nein
Sind Ihre Zähne gelockert?	ja / nein	Fand eine Röntgenuntersuchung statt?	ja / nein

Datum der letzten Röntgenuntersuchung im Kopfbereich? \_\_\_\_\_  
Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden? ja / nein  
Mein Hausarzt ist? \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Durch jede örtliche Betäubung kann Ihre Reaktionsfähigkeit eingeschränkt werden. Daher sollten Sie nach Eingriffen unter örtlicher Betäubung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen oder Maschinen bedienen!

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten / Befunde an meinen Arzt / Zahnarzt zu Weiterbehandlungszwecken weitergegeben werden.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.  
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Leverkusen, den 27. Oktober 2020

\_\_\_\_\_  
Unterschrift