

Anamnese – und Informationsbogen
der Praxisgemeinschaft Potsdam Oralchirurgie und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie



Dr. med. dent. Zsuzsa Dudás
Dr. med. dent. Eirini Rompola-Dippelt
Dr. med. dent. Juliane Wrase
Praxisgemeinschaft
Geschwister-Scholl-Straße 96
14471 Potsdam
Telefon 0331 – 23 16 92 20
Fax 0331 – 23 16 92 21
office@potsdam-oralchirurgie.de
www.potsdam-oralchirurgie.de
www.potsdam-mkg.de

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Email:	
Bei Kindern den Namen, Vornamen und das Geburtsdatum des gesetzlichen Betreuers:			
Straße, Nr.:		Gewicht (kg):	
		Größe (cm):	
PLZ:		Festnetz-Nr.:	
Ort:		Mobil-Nr.:	
Beruf:		Beihilfeberechtigung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitgeber:		Telefon geschäftlich:	
Name der Krankenkasse:		Standard- / Basistarif bei PKV Versicherung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ggf. Name der privaten Zusatzversicherung:			

Es wird auch um Vorlage Ihrer **Versicherungskarte eGK** gebeten. Dieser Fragebogen ist eine wichtige Information und verbleibt bei Ihren Akten. Bitte beantworten Sie die nachstehend aufgeführten Fragen genau und kreuzen zutreffendes an:

1.	Allergie: <input type="checkbox"/> Penicillin, <input type="checkbox"/> Sulfonamide, <input type="checkbox"/> Paragruppen, <input type="checkbox"/> Sulfidgruppen, <input type="checkbox"/> Konservierungsmittel, <input type="checkbox"/> Lebensmittel / Überempfindlichkeit: <input type="checkbox"/> Heuschnupfen, <input type="checkbox"/> Pollen/ Gräser, <input type="checkbox"/> Pflaster, <input type="checkbox"/> Latex / Unverträglichkeit gegen bestimmte Medikamente: <input type="checkbox"/> Schmerzmittel (Diclofenac), <input type="checkbox"/> Antibiotika (Co-Trim), <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.	Medikamente , die regelmäßig eingenommen werden: <input type="checkbox"/> blutgerinnungshemmende Mittel wie <input type="checkbox"/> Marcumar, <input type="checkbox"/> Falithrom, <input type="checkbox"/> Coumadin, <input type="checkbox"/> Aggrenox, <input type="checkbox"/> Heparin, <input type="checkbox"/> Aspirin, <input type="checkbox"/> ASS 100/ 300mg, <input type="checkbox"/> Godamed, <input type="checkbox"/> Tiklyd, <input type="checkbox"/> Plavix, <input type="checkbox"/> Iscover, <input type="checkbox"/> Clopidogrel, <input type="checkbox"/> Xarelto / oder <input type="checkbox"/> Schmerzmittel / oder <input type="checkbox"/> Kortisonpräparate / oder <input type="checkbox"/> Insulin, / oder <input type="checkbox"/> Antibabypille, / oder <input type="checkbox"/> Zytostatika, / oder <input type="checkbox"/> Bisphosphonatherapie – Für oben nicht aufgeführte Präparate bitte Rückseite benutzen: Welche / wie viele pro Tag?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3.	Herz-Kreislauf-Beschwerden: <input type="checkbox"/> Herzinfarkt, <input type="checkbox"/> Bypass, <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher, <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappen, <input type="checkbox"/> Angina pectoris, <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler, <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen, <input type="checkbox"/> zu hoher Blutdruck, <input type="checkbox"/> zu niedriger Blutdruck, <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen, <input type="checkbox"/> Thrombose, <input type="checkbox"/> Embolie, <input type="checkbox"/> Stent, <input type="checkbox"/> Endokarditis / Herzmuskelentzündung, <input type="checkbox"/> Schlaganfall – Angabe über den Zeitpunkt (Jahr), ca.:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4.	Infektionskrankheit: <input type="checkbox"/> HIV positiv, <input type="checkbox"/> AIDS, <input type="checkbox"/> Hepatitis C, <input type="checkbox"/> Hepatitis B, <input type="checkbox"/> Hepatitis A, <input type="checkbox"/> Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5.	Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung: <input type="checkbox"/> Hämophilie A, <input type="checkbox"/> Hämophilie B, <input type="checkbox"/> von Willebrand-Jürgens-Syndrom, <input type="checkbox"/> Morbus Osler, <input type="checkbox"/> hämorrhagische Diathese, <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen, <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie, <input type="checkbox"/> Leukämie, <input type="checkbox"/> häufiges Nasenbluten und / oder Blutergüsse ohne erlittenes Trauma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.	Stoffwechselerkrankungen: <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit, <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, <input type="checkbox"/> insulinpflichtiger Diabetes mellitus, <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüber-, <input type="checkbox"/> -unterfunktion, <input type="checkbox"/> Vitamin-B12-Mangel/ Folsäure-Mangel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7.	Augenerkrankung: <input type="checkbox"/> Ogrüner Star, <input type="checkbox"/> OGlaukom, <input type="checkbox"/> OEngwinkelglaukom, <input type="checkbox"/> Ograuer Star, <input type="checkbox"/> OKatarakt, <input type="checkbox"/> OVitrektomie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8.	Lungenerkrankung: <input type="checkbox"/> TBC, <input type="checkbox"/> Tuberkulose, <input type="checkbox"/> Asthma, <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis, <input type="checkbox"/> Lungenentzündung, <input type="checkbox"/> Staublunge, <input type="checkbox"/> COPD, <input type="checkbox"/> Pneumothorax	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9.	Nerven- oder Gemütsleiden: <input type="checkbox"/> Epilepsie, <input type="checkbox"/> Lähmungen, <input type="checkbox"/> Depressionen, <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose, <input type="checkbox"/> Ohnmachtsneigung, <input type="checkbox"/> Angstzustände	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
10.	Sonstige , bislang nicht aufgeführte Krankheiten: <input type="checkbox"/> Bestrahlung der Kieferknochen, <input type="checkbox"/> Erkrankung des Immunsystems, <input type="checkbox"/> Organtransplantation, <input type="checkbox"/> Osteoporose, <input type="checkbox"/> Lymphatische Erkrankung, <input type="checkbox"/> Rheuma, <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber oder <input type="checkbox"/> Niere, <input type="checkbox"/> Darm, <input type="checkbox"/> Krebs, <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung – wo und wann (Jahr):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11.	Komplikationen nach zahnärztlichen Betäubungsspritzen: <input type="checkbox"/> Koma, <input type="checkbox"/> anaphylaktischer Schock, <input type="checkbox"/> Wiederbelebungsversuche, <input type="checkbox"/> künstliche Beatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
12.	Herausnehmbarer Zahnersatz: <input type="checkbox"/> Zahnprothese, <input type="checkbox"/> herausnehmbare Brücke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13.	Für Frauen im gebärfähigen Alter: <input type="checkbox"/> Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> Stillen Sie? Welcher Monat:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
14.	Rauchen Sie regelmäßig: <input type="checkbox"/> O weniger als 10 Zigaretten täglich, <input type="checkbox"/> O mehr als 10 Zigaretten, <input type="checkbox"/> O Pfeife, <input type="checkbox"/> O Zigarre / <input type="checkbox"/> Drogenkonsum / O Trinken: Wenn ja, was und wie viel pro Tag:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15.	Ich möchte auf Behandlungsalternativen hingewiesen werden, auch wenn deren Kosten von der Krankenkasse nicht oder nur zu einem Teil übernommen werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
16.	Sie sind auf uns aufmerksam geworden durch: <input type="checkbox"/> überweisender (Zahn-)arzt/ (Zahn-)ärztin, <input type="checkbox"/> O Gelbe Seiten, <input type="checkbox"/> O Internet, <input type="checkbox"/> O Empfehlung Freunde / Bekannte, <input type="checkbox"/> O Zeitungsinserate, <input type="checkbox"/> O Praxisschild	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17.	Ich möchte möglichst an meinen Behandlungstermin erinnert werden: <input type="checkbox"/> O telefonisch, <input type="checkbox"/> O per Email	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges:

Für Zusatz-, Privatversicherte und Beihilfeberechtigte: Es kann zur Überschreitung des 1,0 bzw. des 1,8 fachen bzw. des 2,3 fachen Satzes nach § 5 Abs. 1-4 GOZ Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses kommen. Es können (dadurch) Behandlungskosten entstehen die durch mich selbst zu begleichen sind und von keiner Versicherung, Beihilfestelle oder sonstigen Kostenträgern erstattet werden. Kürzungen des Honorars seitens der Kostenträger gehen nicht zu Lasten des (Zahn-) Arztes, sondern werden von mir ausgeglichen.

Für alle Patienten: Ich erkläre mich prinzipiell zur Einnahme von Antibiotika zur Unterstützung der Heilung bereit. Den Behandlungserfolg werde ich durch optimale Mundhygienemaßnahmen unterstützen. Regelmäßige Kontrollbehandlungen inklusive Röntgenuntersuchungen können notwendig sein, zu denen ich mich prinzipiell einverstanden erkläre. Die Befundmitteilung inkl. aller Röntgenbilder nach Eingriff erfolgt an den Überweiser.

Potsdam, den



Unterschrift: Patient(-in) / Vormund / Erziehungsberechtigter

Nach dem Eingriff bekommen Sie von uns ein postoperatives Informationsblatt mit. **Achtung:** Durch Betäubungsspritzen kann die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt werden! Bei weiteren Fragen wenden Sie sich gerne an das Praxisteam POTSDAM ORALCHIRURGIE und MKG! (Stand 08.01.2016)