

# Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!



Praxis für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie/  
plastische Operationen

Untermarkt 11, D-99974 Mühlhausen, Tel. 036 01-440 209  
info@mkg-muehlhausen.de www.mkg-muehlhausen.de

Sprechzeiten:

Mo	Di	Mi	Do	Fr
8-12	8-12	8-12	8-12	8-12
14-16	14-18	-	14-16	-

## Anamnesebogen

Wir freuen uns sehr, Sie bei uns in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihren Besuch so angenehm wie möglich zu machen, benötigen wir Ihre Hilfe. Wir bitten Sie diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, weil Erkrankungen und Medikamente sich auf die ärztliche und zahnärztliche Behandlung auswirken können. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort
Telefon, Mobil	eMail-Adresse

## Versicherung

Krankenkasse

Sind Patient und Mitglied (z. B. privat versicherte Minderjährige) **nicht** identisch, ergänzen Sie bitte hier die Daten des Versicherungsnehmers:

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort

## Befragung gemäß Röntgenverordnung

Wurden Sie schon einmal geröntgt?  ja wann zuletzt und wo? \_\_\_\_\_  
 nein

Besteht eine Schwangerschaft?  ungewiss  ja  nein

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich stimme mit meiner Unterschrift die Speicherung meiner personenbezogenen Daten laut **ausliegender Datenschutzerklärung** der Praxis für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie/plastische Operationen in Mühlhausen/Thür. zu. Im Falle einer **bösartigen Erkrankung** bin ich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten laut ausliegender Datenschutzerklärung an das Tumorzentrum Erfurt e. V. weitergeleitet werden (ggf. streichen). Für eine **Befundübermittlung an meinen überweisenden Arzt, Zahnarzt bzw. Hausarzt** gebe ich mit meiner Unterschrift meine Zustimmung (ggf. streichen). Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung **jederzeit schriftlich oder durch eMail an die Praxis widerrufen** kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum

Unterschrift

**Bitte füllen Sie nun die umseitigen Fragen aus...**

---

**Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen:**

- |                                |                       |                                       |                       |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| Herz-/Kreislaufkrankungen      | <input type="radio"/> | Herzklappenerkrankung/-ersatz         | <input type="radio"/> |
| Bluthochdruck (Hypertonie)     | <input type="radio"/> | Herzinfarkt, Angina pectoris          | <input type="radio"/> |
| angeborene Herzfehler          | <input type="radio"/> | Endokarditis (-Prophylaxe)            | <input type="radio"/> |
| Schlaganfall                   | <input type="radio"/> | Bypass/Stent                          | <input type="radio"/> |
| Blutgerinnungsstörung          | <input type="radio"/> | Herzschrittmacher, Defibrillator      | <input type="radio"/> |
| Neigung zu blauen Flecken      | <input type="radio"/> | Thrombose, Embolie                    | <input type="radio"/> |
| Immunschwäche, HIV, AIDS       | <input type="radio"/> | Organtransplantation                  | <input type="radio"/> |
| Rheuma, rheumatisches Fieber   | <input type="radio"/> | Tuberkulose                           | <input type="radio"/> |
| Lebererkrankung, Hepatitis     | <input type="radio"/> | Nierenfunktionsstörung, Dialyse       | <input type="radio"/> |
| Lungenerkrankung, COPD, Asthma | <input type="radio"/> | Augenerkrankung, Glaukom, grüner Star | <input type="radio"/> |
| Anfallsleiden, Epilepsie       | <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankung                | <input type="radio"/> |
| Diabetes mellitus              | <input type="radio"/> | Magen-Darm-Erkrankung                 | <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankung, Krebs         | <input type="radio"/> | Knochenmetastasen                     | <input type="radio"/> |
| Osteoporose                    | <input type="radio"/> | Wurden Sie bestrahlt?                 | <input type="radio"/> |

Für Frauen: besteht eine Schwangerschaft?  ja  ungewiss  nein

Allergien  welche? \_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeiten  welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  wieviele pro Tag? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Drogen?

Nehmen Sie Blutverdünner (Antikoagulantien, NOAK), z. B. ASS, Aspirin, Falithrom, Marcumar, Clopidogrel, Plavix, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana, Efient, Warfarin, Heparin, Clexane, etc.? Welche?

---

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

---

Nehmen Sie Medikamente zum Knochenaufbau oder zur Knochenstabilisierung (sog. "Knochentropf", Bisphosphonate) bei Osteoporose oder Knochenmetastasen? Welche?

---

Sonstiges:

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

---

Datum

Unterschrift

Ihr Team der Praxis für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie  
Dr. med. Dirk Vollrath & Dr. med. dent Christian Wetterhahn

---

**Vielen Dank!**