



## ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Name, Vorname

Geb.- Datum

Wohnanschrift

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Terminreminder per SMS an

1. Waren Sie während der letzten Jahre

im Krankenhaus? ja  nein

in ärztlicher Behandlung? ja  nein

Hausarzt

Name

Straße

Ort/PLZ

2. Haben Sie in den letzten Wochen Medikamente eingenommen?

ja  nein

Welche?

3. Haben Sie eine Bluterkrankung oder Blutungsneigung?

ja  nein

Hatten Sie jemals

4. eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente? (z.B. Penicillin, Jod etc.)

ja  nein

5. Asthma, Heuschnupfen

ja  nein

6. andere überempfindliche Reaktionen oder Allergien?

ja  nein

Welche?

7. Herz-, Kreislaufstörungen?

ja  nein

8. Rheumatisches Fieber?

ja  nein

9. Schweres Rheuma, Gelenkschwellungen?

ja  nein

10. Hepatitis (Gelbsucht)?

ja  nein

11. Leiden Sie unter einer ernsthaften Erkrankung?

ja  nein

Welcher?

12. Leiden Sie an Diabetes mellitus?

ja  nein

13. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

ja  nein

14. Für privat krankenversicherte Patienten: Beziehen Sie Beihilfe?

Ort/ Datum

Unterschrift



Praxis für Mund-, Kiefer-  
und Gesichtschirurgie

GESICHTSCHIRURGIE  
IMPLANTOLOGIE  
PARODONTOLOGIE  
ENDODONTIE

Landsberger Allee 117A  
10407 Berlin

Fon: +49 (0) 30 - 97 56 75 7  
Fax: +49 (0) 30 - 97 10 57 73

E-Mail: [rezeption@mkgchirurgie-berlin.de](mailto:rezeption@mkgchirurgie-berlin.de)

[www.mkgchirurgie-berlin.de](http://www.mkgchirurgie-berlin.de)

Hiermit willige ich ein, dass bei mir/meinem Kind folgender Eingriff vorgenommen wird:

[Redacted area for procedure details]

Ich bin mit allen Maßnahmen einverstanden, die im Rahmen des Aufklärungsgesprächs erörtert wurden und speziell zu diesem Behandlungsbereich gehören.

Über mögliche Komplikationen, trotz gesteigerter ärztlicher Sorgfalt, wurde ich aufgeklärt:

[Redacted area for complications]

Auf die eingeschränkte Verkehrstauglichkeit nach der Operation wurde ich hingewiesen.

Die Röntgenbilder habe ich zu treuen Händen erhalten und werde sie bei einer späteren Behandlung wieder mitbringen oder meinem Zahnarzt übergeben.

[Redacted area for location and date]

Ort/ Datum

[Redacted area for signature]

Unterschrift