



Anamnesebogen

**IBING BRANDES
WÖSSNER KLATT**

MUND-, KIEFER- UND
GESICHTSCHIRURGIE

Lieber Patient,

um bei der Diagnose und Behandlung Ihrer Beschwerden nichts unberücksichtigt zu lassen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Ja Nein

Werden Sie zurzeit ärztlich behandelt? Wenn ja, wegen welcher Krankheiten?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien/Überempfindlichkeiten? (z.B. gegenüber Medikamenten)
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Speziell Marcumar, ASS oder ähnliches?

Besteht eine Schwangerschaft?

Wurden in den vergangenen 12 Monaten Röntgenaufnahmen Ihres Kiefers angefertigt?

Leiden oder litten Sie an:

Herzerkrankungen?

Kreislaufbeschwerden (z. B. Kollapsneigung)?

Atembeschwerden?

Bluthochdruck?

Schilddrüsenerkrankung?

Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Allgemeine Krämpfe, Epilepsie?

Blutungsneigung (z. B. bei Verletzungen, Zahnentfernung oder Operation)?

Leiden Sie an Infektionskrankheiten:

HIV?

Lebererkrankung (z.B. Hepatitis)?

TBC?

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben mit meiner Unterschrift.

Name, Vorname

Datum

Unterschrift

**PRAXISKLINIK FÜR MUND-, KIEFER-,
GESICHTSCHIRURGIE**

Dr. Volker Ibing
Dr. Dr. Andreas Brandes
Dr. Dr. Rainer Wößner
PD Dr. Dr. Jan Christoph Klatt

ANSCHRIFT

Hermann-Balk-Straße 127a
22147 Hamburg

Wiesenkamp 22d
22359 Hamburg

KONTAKT

T. 040 485050-60
F. 040 485050-65
info@mukig.net
www.mukig.net

BANKVERBINDUNG

Hamburger Sparkasse
BLZ 200 505 50
Konto 12 49 12 53 43
BIC HASPDE33XXX
IBAN DE 78 20 05 05 50 12 49 12 53 43



**IBING BRANDES
WÖSSNER KLATT**

MUND-, KIEFER- UND
GESICHTSCHIRURGIE

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung:

- meine Behandlungsdaten von mitbehandelnden / überweisenden Ärzten und Zahnärzten eingeholt werden dürfen.
- die Übermittlung meiner Behandlungsdaten (Briefe, Befunde, Röntgenbilder) an mich sowie an mitbehandelnde / überweisende Ärzte und Zahnärzte elektronisch ggf. auch unverschlüsselt erfolgen darf.
- meine medizinischen Untersuchungsergebnisse und Behandlungsdaten (Röntgenbilder, Blutwerte etc.) anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden können.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Name (in Druckbuchstaben)

Vorname (in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Datum