



Priv. Doz. Dr. Med. Dr. Med. Dent

ALIREZA GHASSEMI

Facharzt Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

Anamnesebogen

VORNAME, NACHNAME

GEBURTSDATUM

GEBURTSORT

KRANKENVERSICHERUNG

ZUSATZVERSICHERUNG

ADRESSE

PLZ, ORT

TELEFON

E-MAIL

ÜBERWEISENDER ARZT

HAUSARZT

Hatten/Haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

JA

NEIN

ASTHMA

DIABETES

EPILEPSIE

ALLERGIEN

welche:

UNVERTRÄGLICHKEIT VON MEDIKAMENTEN

welche:

BLUTDRUCKERKRANKUNGEN

welche:

HERZERKRANKUNG

welche:

SCHLAGANFALL

BLUTGERINNUNGSSTÖRRUNG / BLUTVERDÜNNER

welche:

INFEKTIONSKRANKHEITEN (HIV, HEPATITIS, MRSA, Prionen, etc.)

welche:

SCHILDDRÜSENERKRANKUNG

welche:

NIERENERKRANKUNG

welche:

BESTEHT EINE SCHWANGERSCHAFT

wievielte Woche:

NEHMEN SIE LAUFEND MEDIKAMENTE EIN

welche:

DATUM, UNTERSCHRIFT

ggf. Erziehungsberechtigter (vollständiger Name, Geburtsdatum, Unterschrift)