

**Mangliár Dent**

H-9700 Szombathely, Semmelweis I. u. 6. I/108

+36 94 322-135

E-Mail: [info@mangliardent.hu](mailto:info@mangliardent.hu)

Homepage: [www.mangliardent.hu](http://www.mangliardent.hu)

**ANAMNESEBOGEN**

Bitte, füllen Sie vor der zahnärztlichen Behandlung oder dem kieferchirurgischen Eingriff aus!

**1.) Persönliche Daten des Patienten**

Vorname: …………………………………………………………………………………………………………

Nachname: …………………………………………………………………………………………………………

Adresse: …………………………………………………………………………………………………………

Geburtsdatum: …………………………………………………………………………………………………………

Wohnadresse: …………………………………………………………………………………………………………

Telefon: …………………………………………………………………………………………………………

Telefax: …………………………………………………………………………………………………………

E-Mail: …………………………………………………………………………………………………………

**2.) Hinweis für unsere Patienten**

Bevor der Kieferchirurg Ihnen eine zahnärztliche und/oder kieferchirurgische Behandlung empfiehlt, muss er bestimmte Details Ihrer bisherigen Gesundheitsanamnese wissen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch Ankreuzen oder mit detaillierten Erläuterungen!

Wir behandeln alle Informationen streng vertraulich!

**3.) Ärztliche Behandlungen**

**Anamnese**

Hatten Sie jemals allergische Reaktion auf ein Medikament,

oder hatten Sie unangenehme Nebenwirkungen eines Medikamentes? Ja / Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese ausführlich:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Allergie**

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie Kenntnis davon, ob Sie auf etwas allergisch sind? | Ja / Nein |

|  |
| --- |
| Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese ausführlich (z.B. Penicillin, Latex, Gummi, Narkosemittel, Antibiotika):  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**Erkrankungen**

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Diabetes Ja / Nein Asthma Ja / Nein

Hoher/niedriger Blutdruck Hoher / niedriger / Nein Rheumatisches

Fiber Ja / Nein

Kreislaufstörungen Ja / Nein Lungenerkrankung Ja / Nein

Herzerkrankung Ja / Nein Lebererkrankung Ja / Nein

Herzrhythmusstörung Ja / Nein Nierenerkrankung Ja / Nein

Künstliche Herzklappe Ja / Nein Magenerkrankung Ja / Nein

Endocarditis (Entzündung Störung des

der Herzinnenhaut) Ja / Nein Immunsystems Ja / Nein

Herzoperation Ja / Nein Epilepsie /

Krampfanfälle Ja / Nein

Herzschrittmacher Ja / Nein Hepatitis Ja / Nein

Herzklappenersatz Ja / Nein AIDS /

HIV-Positivität Ja / Nein

Schilddrüsendysfunktionen Ja / Nein Chemotherapie Ja / Nein

Blutgerinnungsstörung Ja / Nein Psychiatrische

Behandlung Ja / Nein

Weitere Details zu den o.a. Erkrankungen:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Hatten Sie eventuell andere, oben nicht angeführten Erkrankungen oder

Gesundheitsprobleme? Ja / Nein

Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Datum: Unterschrift:**