

**Oralchirurgische Praxis  
Dr. Frederick Reza Mock**

Marienstraße 9 - 66287 Quierschied  
Telefon: 06897 - 645 88 - Telefax: 06897 - 687 22

**Anmeldebogen mit Anamnese ohne akute Corona Inf7. September 2020**

Name: \_\_\_\_\_ Wer ist Ihr Hausarzt ? \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Ansschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Privat: \_\_\_\_\_  
E- Mail: \_\_\_\_\_ Abweichende Rechnungsadresse? \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Arbeitgeber, Ort: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel. Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_ ich erteile eine gegenseitige Schweigepflichts-  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ entbindung meiner behandelnden Ärzte O ja  
privat und /oder Beihilfe versichert O ja

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.

Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich! Fragen Sie stets nach, falls sie etwas zu Ihre Befunden, Diagnosen, Therapievorschläge/Alternativen, Kosten, Risiken nicht verstanden haben. Sie erhalten alle Unterlagen an der Anmeldung -ggf gegen gesetzl. geregelte Auslagenerstattung- im Anschluss an die Behandlung. Weitere Erläuterung zu den bei erhobenen Befunden finden Sie unter [www.kzbv.de](http://www.kzbv.de) oder unter [www.prodente.de](http://www.prodente.de) .

Haben Sie gesundheitliche Risiken wie:

**O Herz-, Kreislaufferkrankung?**

- Herzinfarkt
- Rhythmusstörungen
- künstliche Herzklappen
- Schrittmacher
- Bluthochdruck
- Schlaganfall?
- Anfallsleiden, Epilepsie?
- Zuckerkrankheit?
- Schilddrüsenerkrankung?
- Tumorerkrankung?
- Bestrahlung
- Chemotherapie
- Abhängigkeit?
- Medikamente
- Alkohol
- Drogen

**Rauchen Sie?**

Wie viel Zigaretten am Tag?

Wann wurden Sie das letzte mal geröntgt? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie einen Rontgenpass? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_

Welche Woche \_\_\_\_\_

**O Infektionskrankheit?**

- HIV
- Tuberkulose
- Hepatitis A, B, C
- Lebererkrankung?
- Magen-, Darm- oder Nierenerkrankung?
- Augenerkrankung?
- grüner Star
- Lungenerkrankung?
- chronische Bronchitis
- Asthma
- Allergien?

Welche \_\_\_\_\_

**O Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Welche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bestehen sonstige Erkrankungen?**

Welche \_\_\_\_\_

ja

ja

**Hatten Sie auffällige Reaktionen nach örtlichen Betaubungen oder Narkosen?**  ja

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

**Zahnschmerzen?**

**Zahnfleischbluten?**

**Zahnlockerung?**

**Kiefergelenksschmerzen?**

ja **Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe unzufrieden?**  ja

ja **Wünschen Sie eine Aufklärung?**

ja zur Mundhygiene  ja

ja zu Implantatversorgungen  ja

Quierschied, den 7. September 2020

\_\_\_\_\_  
Vorame Nachname