



Helios Klinikum

Helios Rhein-Ruhr Kliniken GmbH/Krankenhäuser/Helios Klinik Duisburg-Homburg/Mund-
Kiefer- und Gesichtschirurgie/
Formular

Anamnesebogen MKG

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Tel.-Nr. eines Angehörigen: _____

Hauptversicherer: _____

Adresse: _____

Name u. Tel.-Nr. Betreuer: _____

Krankenkasse: _____

Name des überweisenden Arztes: _____

Hausarzt: _____ Adresse: _____

Zahnarzt: _____ Adresse: _____

Sind Sie Zusatzversichert?	O Ja O Nein
Wenn ja, wie? _____	
1. Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____ _____ _____	
2. Sind Sie am Herz-Kreislaufsystem erkrankt? (Blutdruckneigung zu hoch, zu niedrig, Herzinfarkt, Thrombose, Lungenembolie, Schlaganfall o.ä.)	O Ja O Nein

3. Haben Sie einen Herzschrittmacher, eine künstliche Herzklappe, einen Herzpass, Stent?	O Ja O Nein
Wenn ja, was: _____	
4. Frühere Operationen/ Unfälle?	O Ja O Nein
Wenn ja, was: _____	
5. Haben Sie Probleme mit: Blut/ Gerinnung: z.B. häufiges Nasenbluten? Neigung zu blauen Flecken? Nasenbluten? Nachbluten nach Operationen:	O Ja O Nein
Wenn ja, was: _____	
6. Atemwegserkrankung: z.B. Bronchitis, Lungenentzündung o.ä., Asthma, Tuberkulose, Stimmband/Zwerchfelllähmung, COPD etc.?	O Ja O Nein
Wenn ja, was: _____	
7. Wurde bei Ihnen MRSA (Krankenhauskeim) getestet?	O Ja O Nein
Wann? _____ Mit welchem Ergebnis?	O Ja O Nein
8. Wurde bei Ihnen ein HIV –Test durchgeführt?	O Ja O Nein
Wann? _____ Mit welchem Ergebnis?	O Ja O Nein

9. Waren /sind Sie jemals an einer Lebererkrankung, Hepatitis erkrankt?	O Ja O Nein
Wenn ja, wann? _____ Mit welchem Ergebnis?	O A O B O C
10. Haben Sie eine psychische Erkrankung?	O Ja O Nein
11. Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Zucker, Schilddrüse, Gicht)?	O Ja O Nein
Wenn ja, was: _____	
12. Haben Sie eine Allergie? _____	O Ja O Nein
13. Liegt bei Ihnen eine Krebserkrankung vor?	O Ja O Nein
14. Wird oder wurde bei Ihnen eine Chemotherapie oder Bestrahlung durchgeführt?	O Ja O Nein
Wenn ja, was und wann?: _____	
15. Haben Sie eine andere Erkrankung oder eine Behinderung, die hier bisher noch nicht abgefragt wurde?	O Ja O Nein
Wenn ja, welche: _____	
Rauchen Sie?	O Ja O Nein
Konsumieren Sie Drogen?	O Ja O Nein
Nehmen Sie an einem Methadonprogramm teil?	O Ja O Nein
16. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	O Ja O Nein

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Datum, Unterschrift Patient

Mitgeltende Unterlagen

→