

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand bestmöglich informiert zu sein. Das Praxisteam bittet Sie daher, nachfolgende Fragen sorgfältig zu lesen und zu beantworten bzw. zusätzliche Angaben handschriftlich einzutragen.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Tel.Nr.: _____

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Herz/Kreislauf:

- (ja)(nein) Herzfehler
- (ja)(nein) Angina pectoris
- (ja)(nein) Herzinfarkt
- (ja)(nein) Herzmuskelentzündung
- (ja)(nein) Herzklappenersatz
- (ja)(nein) Herzschrittmacher
- (ja)(nein) Rhythmusstörungen
- (ja)(nein) Herzschwäche
- (ja)(nein) Hoher Blutdruck
- (ja)(nein) Niedriger Blutdruck
- (ja)(nein) Durchblutungsstörungen
- (ja)(nein) Schlaganfall

Knochen:

- Wurden Sie in der Vergangenheit
(in den letzten 10 Jahren!) oder werden
Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** behandelt?
- (ja)(nein)

Nerven/Gemüt:

- (ja)(nein) Epileptische Anfälle
- (ja)(nein) Lähmungen
- (ja)(nein) Depressionen
- (ja)(nein) Angstzustände

Leber/Niere:

- (ja)(nein) Gelbsucht
- (ja)(nein) Hepatitis. Wenn ja, (A)(B)(C)
- (ja)(nein) Dialysepflicht
- (ja)(nein) Nierenentzündung
- (ja)(nein) **schwere** Niereninsuffizienz

Atemwege/Lunge:

- (ja)(nein) Asthma
- (ja)(nein) Bronchitis
- (ja)(nein) Tuberkulose

Stoffwechsel:

- (ja)(nein) Zuckerkrankheit. Wenn ja:
Diabetes mellitus (Typ1) oder (Typ2)
- (ja)(nein) Schilddrüsenunterfunktion
- (ja)(nein) Schilddrüsenüberfunktion

Immunschwäche:

- (ja)(nein) Einnahme von Cortison
- (ja)(nein) Organtransplantation
- (ja)(nein) AIDS/HIV

(ja)(nein) **Sind Sie zurzeit schwanger?**

Wenn ja, in welcher Woche? _____

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

(ja)(nein) Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

(ja)(nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche? _____

(ja)(nein) Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Wenn ja, welche? _____

(ja)(nein) Haben Sie **Allergien**?

Wenn ja, welche? _____

(ja)(nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche? _____

Hausarzt:

Name/Ort: _____

Andere Erkrankungen/Behinderungen:

(ja)(nein) Pflegegrad (1)(2)(3)(4)

(ja)(nein) Bezug von Eingliederungshilfe

Sonstiges: _____

Ort/Datum/Unterschrift: Sinn, _____

Bitte wenden!