



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen unserer ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Gerne sind wir bei der Beantwortung einzelner Fragen behilflich.

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Beruf:

Straße

PLZ

Wohnort

Tel.:

Krankenversicherung

Arbeitgeber

Hausarzt

gesetzlich private Zusatzversicherung

privat privat mit Basistarif

Haben/hatten Sie (bitte ankreuzen)

zu hohen Blutdruck

nein ja

zu niedrigen Blutdruck

nein ja

eine Herzerkrankung?

nein ja

welche? angeborene Herzfehler Herzklappenfehler/-prothesen

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)

erlittenen Herzinfarkt wann? _____

Herzoperationen

nein ja

welche? _____ wann? _____

Zuckerkrankheit (Diabetes)

nein ja

Lebererkrankungen / Hepatitis

nein

ja

Nierenerkrankungen

nein ja

Magen-Darm-Erkrankungen

nein ja

Schlaganfall (Hirnfarkt)

nein ja

Asthma, Lungenerkrankungen

nein ja

rheumatische Erkrankungen

nein ja

Schilddrüsenerkrankungen

nein ja

Immunschwächen oder HIV/AIDS nein ja

Bluterkrankungen

nein ja

Nervenerkrankungen

nein ja

Anfallsleiden

nein ja

Allergien

nein ja

wogegen: _____

Nehmen Sie Medikamente, die die **Blutgerinnung** hemmen?

nein ja

ASS Marcumar sonstige

Bekommen oder bekamen Sie BISPHTHONAT-Medikamente

nein ja

(häufig verordnet bei Osteoporose, Knochenmetastasen von Tumoren, multiplem Myelom, Plasmozytom)

Beispiel-Medikamente intravenös: ZOMETA, AREDIA, BONDRONAT

oder als Tablette: FOSAMAX, BONVIVA, ACTONEL, SKELID, OSTAC, DIDRONEL u.a.

Welche Medikamente vertragen Sie eventuell nicht? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____

Waren Sie innerhalb des letzten halben Jahres im **Krankenhaus**?

nein ja Wenn ja, weshalb?

Haben Sie einen anerkannten **Pflegegrad**?

nein ja: Grad _____

für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

nein ja welche Woche? _____

Gab es bei Ihnen früher Zwischenfälle bei einer örtlichen Betäubung?

nein ja

Haben Sie zur Zeit eine ansteckende Erkrankung?

nein ja, und zwar _____

Datum

Unterschrift