

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

Ja

Herz/Kreislauf:

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- hoher oder
- niedriger Blutdruck
- Rhythmusstörungen
- Herzschwäche

oder _____

Gefäße:

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Thrombosen

oder _____

Atemwege/Lunge:

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Lungenblähung
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

oder _____

Leber:

- Gelbsucht
- Leberverhärtung
- Fettleber
- Gallensteine
- Hepatitis A B C

oder _____

Nieren:

- Dialysepflichtigkeit
- Nierenentzündung
- Nierensteine

oder _____

Magen, Darm:

- Geschwür
- Engstelle
- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit

oder _____

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit:
- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kropf

oder _____

Skelettsystem:

- Gelenkerkrankungen
- Rücken-/
- Bandscheibenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

oder _____

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

oder _____

Augen:

- Grüner Star
- Grauer Star
- starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit

oder _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- Nachbluten nach Operationen

oder _____

Allergie:

- z.B. Heuschnupfen
- oder Überempfindlichkeit gegen
- Nahrungsmittel
- Fruchtzucker
- Medikamente
- Jod
- Pflaster
- Latex
- z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe

oder _____

 Name, Vorname

 Geburtsdatum

- Sind Sie schwanger?**
 Welche Schwangerschaftswoche ?

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS

oder _____

Knochen:

- Wurden Sie in der Vergangenheit
 oder werden Sie zur Zeit mit
 Bisphosphonaten behandelt?
 Wegen welcher Erkrankung?

 Wann? Mit welchem Präparat?

- Andere Erkrankungen oder
 Behinderungen?**

- Rauchen Sie?**
 Wie viel durchschnittlich?

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?**
 Regelmäßig? Wie viel?

- Gerinnungshemmende
 Medikamente**
 Dauerhaft oder in den letzten Tagen
 z.B.
 Aspirin® ASS® Marcumar®
 Ticlopidin® Clopidogrel®

oder _____

- Regelmäßige Medikamente**

- z.B. Blutdruck-/
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- „Antibabypille“
- Psychopharmaka
- Antidiabetika

welche _____

