



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre gesundheitliche Vorgeschichte ist wichtig, um unnötige Komplikationen bei der Behandlung vermeiden zu können.

Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Bei Zutreffendem bitte "ja" markieren. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall
- (ja) (nein) Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Macumar oder ASS)?

Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörungen
- Wenn "ja", welche?

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star

Atemwege/Lunge

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

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Blasenerkrankung
- (ja) (nein) Nierenerkrankung

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) Gicht
- (ja) (nein) Osteoporose
- Wenn "ja", nehmen Sie Bisphosphonate?

Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

(ja) (nein) Migräne

Leber

(ja) (nein) Leberzirrhose

(ja) (nein) Hepatitis

Wenn "ja", welcher Typ?

Stoffwechsel

(ja) (nein) Zuckerkrankheit

(ja) (nein) Schilddrüsenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS

(ja) (nein) Tumorerkrankungen wenn "ja", was und wann

?.....

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

(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) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn "ja", welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie Raucher?

(ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn "ja", welche ?.....

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?

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

Wenn "ja", welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?

Wenn "ja", in welchem Monat?.....

Wer ist Ihr Hausarzt?

Titel: Arzt:

Ort:

Telefon:

Weitere administrativ wichtige Informationen:

(ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

(ja) (nein) Möchten Sie telefonisch von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Röntgenpass?

(ja) (nein) Möchten Sie von uns über Möglichkeiten zur Prophylaxe informiert werden?

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass es durch eine zahnärztliche Lokalanästhesie u.a. zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen kann.

Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann nach zahnärztlichen Behandlungen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein.

Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern ein Taxi.

Eine Betäubung kann zu Hämatomen (Bluterguss), Selbstverletzung (z.B. Bissverletzung) und bei Leitungsanästhesien (v.a. im Unterkiefer) zu irreversiblen Nervschädigungen (N. lingualis) führen.

Name, Vorname:.....

Neustadt / Aisch, den Unterschrift