

## Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie daher, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patient/in:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

### Familienversichert bei:

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

### Anschrift:

Straße	PLZ, Wohnort	Telefon oder Handy
--------	--------------	--------------------

### Krankenkasse:

gesetzlich
  privat
  zusatzversichert

## Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenerkrankung / -defekt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzerkrankung (Herzinfarkt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditisprophylaxe	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### Infektionserkrankungen

Hepatitis A, B oder C	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
HIV / AIDS	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Andere:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

### Allergien / Unverträglichkeiten

Antibiotika	Ja <input type="checkbox"/> , Medikament: _____	Nein <input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	Ja <input type="checkbox"/> , Medikament: _____	Nein <input type="checkbox"/>
Lokalanästhetika	Ja <input type="checkbox"/> , Medikament: _____	Nein <input type="checkbox"/>
Andere:	Ja <input type="checkbox"/> , Medikament: _____	Nein <input type="checkbox"/>

**Weitere Erkrankungen**

Blutgerinnungsstörungen (z.B. Hämophilie A / B, Von-Willebrand-Syndrom)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma, Atembeschwerden, COPD	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Diabetes („Zuckerkrankheit“)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenfunktionsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose („Knochenschwund“)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ohnmachtsneigung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Grauer Star / Grüner Star	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Körperliche oder geistige Behinderung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Andere:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Allgemeine Angaben**

Drogenkonsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Regelmäßiger Alkoholkonsum	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Raucher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Blutverdünnende Medikamente                      Medikament: \_\_\_\_\_

Bisphosphonate, Denosumab                      Medikament: \_\_\_\_\_

Andere:                                                      Medikament: \_\_\_\_\_

*Vorhandenen Medikamentenpass bitte vorlegen !*                      \_\_\_\_\_

Frühere Röntgenaufnahmen im Kopfbereich                      Ja , Wann: \_\_\_\_\_                      Nein

Besteht eine Schwangerschaft                      Ja , Monat: \_\_\_\_\_                      Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patient)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Erziehungsberechtigter, Bevollmächtigter)