



**ANGABEN ZUR PERSON:**

Hat sich seit meiner/unsere letzten Behandlung etwas an den Angaben geändert?

Ja  Nein Wenn ja, aktualisieren Sie bitte diese Angaben zu Ihrer Person !

Patient (Name, Vorname)  geb.

Titel  Nr.

Versicherter (Name, Vorname)   Mutter/Vater  Ehegatte geb.

Straße

Wohnort

Tel.-Nr. privat  Tel.-Nr. mobil

Email

Beruf  Arbeitgeber  Tel.-Nr.

Krankenkasse

Empfohlen durch:

**ANGABEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND**

**BITTE NEHMEN SIE SICH ZEIT!** Viele Allgemeinerkrankungen haben eine Auswirkung auf die zahnärztlich/chirurgische Behandlung. Deshalb bitten wir um möglichst genaue/vollständige Angaben. Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an oder füllen Sie die entsprechenden Felder aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns **STRENG VERTRAULICH** behandelt!

**RISIKO-ANAMNESE:**

Waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?  Ja  Nein

Warum?  Wann?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

- Schmerzmittel  Osteoporose Medikamente  Immunsuppressiva  Zuckertabletten  sonstige  
 Blutverdünner  Cortison  Beruhigungsmittel  Schlafmittel

sonstige

Haben Sie Überempfindlichkeit gegen Arzneimittel/andere Stoffe?  Ja  Nein

- Schmerzmittel     Latex     Nahrungsmittel     Pflaster     Antibiotika  
 Desinfektionsmittel     Betäubungsmittel     Metalle     Sonstiges

Art der allergischen Reaktion?

- Hautausschlag     Juckreiz     Nesselsucht     Magenbeschwerden  
 Kreislaufzusammenbruch     Luftnot     Sonstiges

Hatten Sie bereits Reaktionen auf (Betäubungs-) Spritzen?  Ja  Nein

Leiden Sie an Allergien?  Ja  Nein

Genauere Angaben oder Ergänzungen zu Ihrer Medikamenteneinnahme, allergischen Reaktionen oder Überempfindlichkeiten:

Besteht eine Blutungsneigung wie z.B. häufiges Nasenbluten, Neigung zu Hämatomen (blauen Flecken) ohne besonderen Anlass oder langes Nachbluten bei Bagatellverletzungen?  Ja  Nein

Wenn Ja, um was für eine Blutgerinnungsstörung handelt es sich dabei?  erblich, angeboren     erworben, Med.

Genauere Angaben über Art einer Erbkrankheit oder Einnahme von „Blutverdünnern“

Leiden Sie an einer Erkrankung:

- des Herz-Kreislauf-Systems     Bluthochdruck     Herzfehler     Angina Pectoris  
 der Gefäße     Herzklappenerkrankung/Ersatz     Herzinfarkt  
 der Lunge     chronische Bronchitis, COPD     Bronchialasthma

Besitzen Sie einen  Allergie-Pass     Notfall-Pass     Herz-Pass

Genauere Angaben über Art einer der o.g. Erkrankungen: Transplantationen, Implantationen?  Ja  Nein

Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung?  Ja  Nein

- Schilddrüsen-Überfunktion     Unterfunktion  
 Zuckerkrankheit     diätetisch eingestellt     mit Tabletten eingestellt     Insulin pflichtig (Spritzen)  
 Lebererkrankung  
 Nierenerkrankung  
 sonstige

Sonstige internistische Erkrankungen:

Bestand oder besteht eine Medikamenten- oder Suchtmittelabhängigkeit?  Ja  Nein

- Zigaretten:..... pro Tag     Alkohol     Wein     Bier     Schnaps  
 Schlafmittel     Halluzinogene     andere Suchtmittel

Sonstige internistische Erkrankungen:

Art des Medikaments oder Suchtmittels:

**Bestand oder besteht eine Infektionskrankheit ?**

- HIV / Aids
- Hepatitis, Leberentzündung, Gelbsucht
- A
- B
- C
- sonstige

Welche?

**Haben sie eine Autoimmunerkrankung?**  Ja  Nein

**Leiden Sie unter**  Gelenk Rheuma  Weichteil Rheuma

**Vorherige**

- Allgemeinchirurgische Eingriffe
- Zahnärztliche OP ' s
- Implantationen
- Transplantationen
- sonstige

Was wurde operiert?

**Osteoporose (Knochenschwund)?**  Ja  Nein **Bisphosphonat-Gabe ?**  als Tablette (p.o.)  intravenös (als Spritze)

Welches Medikament?

**Leiden Sie unter einer bösartigen Erkrankung (Krebs)?**  Ja  Nein

Welche Therapie wurde vorgenommen?  Operation  Bestrahlung  Medikamente:  Zytostatika  Hormone

Welches Organsystem ?

**Vorangehende Betäubungsverfahren?**  Ja  Nein  örtliche Betäubung  Vollnarkose  Lachgassedierung

Aufgetretene Komplikationen?  Ja  Nein Welche?

Wurden im letzten Jahr von Ihnen  Ja  Nein **Röntgenaufnahmen angefertigt ?** Welche Körperregion ?

**NUR FÜR FRAUEN IM GEBÄRFÄHIGEM ALTER:**

**Kann eine Schwangerschaft bestehen?**  Ja  Nein In welchen Monat sind Sie schwanger?  
(der Verdacht ist ausreichend)

**Bestehen Schwangerschaftsrisiken?**  Ja  Nein  Schwangerschafts-Diabetes  Schwangerschafts- Hypertonie  EPH Gestose

**KONTAKTDATEN MITBEHANDELNDER ÄRZTE**

**Hausarzt:** Adresse Telefonnummer

**Zahnarzt:** Adresse Telefonnummer

**Sonstige:** Adresse Telefonnummer

**Datum, Unterschrift**

Um die Wartezeiten möglichst kurz zu halten und um Sie in Ruhe behandeln zu können, haben wir ein Bestell-System. Deshalb bitten wir Sie, Ihren Termin pünktlich einzuhalten oder aber 24 Stunden vorher abzusagen. Vielen Dank.