

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Adresse:.....

Telefon

Ist oder war eine Versicherung vorhanden? Ja, bei..... nein

Sehr geehrte Patientin,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben.

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus.

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. **(Bitte ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen!)**

1. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN

Wenn ja, welche?.....

2. Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung hemmen (z.B. Marcumar, Pradaxa oder Xarelto)? JA NEIN

Wenn ja, welche?.....

3. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

Wenn ja, welche?.....

4. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? JA NEIN

Bei bestimmten Materialien? JA NEIN

Bei bestimmten Arzneimitteln? JA NEIN

Bei bestimmten Nahrungsmitteln? JA NEIN

5. Haben Sie eine Penicillinallergie? JA NEIN

Jodallergie? JA NEIN

Latexallergie? JA NEIN

6. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? JA NEIN

Angeborener oder erworbener Herzfehler? JA NEIN

Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? JA NEIN

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? JA NEIN

Herzoperationen? JA NEIN

Haben Sie einen Herzschrittmacher? JA NEIN

7. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten?
 Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? JA NEIN
 Lebererkrankungen? JA NEIN
 Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? JA NEIN
 Zu hoher Blutdruck? JA NEIN
 Zu niedriger Blutdruck? JA NEIN
 Schlaganfall? JA NEIN
 Nierenerkrankungen? JA NEIN
 Diabetes? JA NEIN
 Schilddrüsenerkrankung? JA NEIN
 Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? JA NEIN
 Nervenerkrankungen? JA NEIN
 Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? JA NEIN

8. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? JA NEIN
 Wenn ja, in welchem Körperbereich?

9. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? JA NEIN

10. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? JA NEIN

11. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? JA NEIN

12. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt worden? JA NEIN

13. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden? In welchem Körperbereich?

14. Besteht eine Schwangerschaft? JA NEIN
 Wenn ja, in welchem Monat?.....

15. Name und Anschrift des Hausarztes:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten