

PATIENTENERHEBUNGSBOGEN FÜR ZAHNÄRZTLICH-CHIRURGISCHE EINGRIFFE

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Telefonnummer: Beruf:

E-Mail-Adresse: Hausarzt:

Sehr verehrte Patientin, sehr verehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die ärztliche Behandlung nehmen. Deshalb benötigen wir einige Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Haben bzw. hatten Sie folgende Herz-/Kreislaferkrankungen?

- | | |
|---|---|
| Haben Sie zu hohen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Neigen Sie zur Ohnmacht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Angina Pectoris? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschwäche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rhythmusstörungen / Herzflimmern? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher / Defibrillator? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Entzündungen der Klappen / des Muskels? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine künstliche Herzklappe? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Stent / By-Pass? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Leiden Sie unter folgenden Blut- oder Gefäßerkrankungen?

- | | |
|--|---|
| Durchblutungsstörungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Thrombosen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Einnahme gerinnungshemmender (blutverdünnender) Medikamente? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Langes Bluten nach Verletzungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutungsneigung / Hämophilie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Blutarmut / Anämie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Haben Sie folgende Atemwegs- oder Lungenerkrankungen?

- | | |
|------------------------|---|
| Chronische Bronchitis? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Leiden Sie unter:

- | | |
|---|---|
| Diabetes / Zuckerkrankheit? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magen-, Darmerkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Leberverhärtung /-zirrhose? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenversagen / Dialyse? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, bekommen Sie deshalb Medikamente / Infusionen? | |

- | | |
|-----------------------------------|---|
| Metastasen / Tochtergeschwülsten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Muskelerkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis / Gelbsucht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Magengeschwür? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien / Unverträglichkeiten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, unter welchen? | |

- | | |
|---|---|
| Infektionskrankheiten? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Immunschwäche / AIDS? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Anfallsleiden / Epilepsie? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Depressionen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Angstzuständen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Suchterkrankungen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Glaukom? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Grünem Star / erhöhtem Augeninnendruck? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Blatt bitte wenden!

Sonstige Erkrankungen:

Bösartige Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, welche?

.....
Chemotherapie? ja nein
Wenn ja, wann?

.....
Bestrahlung? ja nein
Wenn ja, wann und welche Dosis?

.....
Zustand nach Organtransplantation? ja nein

.....
Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher oder zahnärztlicher
Behandlung? ja nein

.....
Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Medikation:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

.....
.....
.....
.....

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? ja nein
Wenn ja, welche?

.....
.....

.....
Datum

.....
Unterschrift