

Sehr geehrte Patientinnen, Sehr geehrte Patienten,
um die für Ihre zahnärztliche Behandlung geeigneten
Medikamente und Behandlungsverfahren bestmöglich
auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der
folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese).
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei
Unklarheiten können Sie mich gern fragen. Besteht oder
bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?
Zutreffendes bitte ankreuzen:

Name, Vorname:
Geburtsdatum:

Herz/Kreislauf:

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- oder _____

Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--

Atemwege/ Lunge:

- Chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- COPD
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie
- oder _____

Augen:

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit
- oder _____

Gefäße:

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- oder _____

Blut:

- Gerinnungsstörungen
 - Auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operation
- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzungen bzw.
nach leichten Berührungen
- oder _____

Skelettsystem/Knochen:

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- Künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
- oder _____

- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit
mit Bisphosphonaten behandelt? Wegen welcher
Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präperat?

Leber:

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis A B C
- Gelbsucht
- Gallenstein
- oder _____

Nieren:

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialysepflichtig
- oder _____

Stoffwechsel:

- Zuckerkrankheit
 - Diabetes mellitus Typ 1
 - Diabetes mellitus Typ 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- oder _____

Magen/ Darm:

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür
- oder _____

Nerven/Gemüt:

- Krampfanfälle
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- oder _____

Allergien:

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex (z.B. in Gummihandschuhe)
- Metalle
- oder _____
- Allergiepass vorhanden

Immunschwäche:

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS; HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs
- oder _____

Andere Erkrankungen:

- Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs
- oder _____

Weitere Angaben:

- Sind Sie schwanger?**
 - Welche Schwangerschaftswoche? _____
- Stillen Sie?** _____
- Rauchen Sie ?**
Wie viel durchschnittlich pro Tag?

- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?
Vor wie viel Monaten/ Jahren?

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol
- Regelmäßig? Wie viel?

Gerinnungshemmende Medikamente:**Dauerhaft oder in den letzten Tagen z.B.**

- Aspirin/ASS
- Marcumar/Phenprocoumon
- Plavix/Iscover/Clopidogrel
- Ticlopidin
- oder _____

Regelmäßige Medikamente:

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- „Antibabypille“
- Antidiabetika
- oder _____
- Antibiose in den letzten 3 Monaten**
- ständige ärztliche Behandlung**
weshalb _____
- letzte zahnärztliche Untersuchung
welche _____
- ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche
Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei
 - Spritzen
 - Medikamente
 welche _____

Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich:

- Temperaturempfindliche Zähne
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderungen der Zähne
- Zahnspange in der Vergangenheit
- häufig durch den Mund atmen
- Zahnverlust durch Karies
- Zahnverlust durch Zahnlockerungen
- oder _____
- Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerungen/
Zahnfleischbeschwerden
welche Behandlung _____
- „Parodontose“- Behandlung durchgeführt
wann _____

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand

Datum _____

Unterschrift _____

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse): _____

Außerdem bin ich derzeit beim Facharzt für _____ in Behandlung

Name Adresse: _____

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) wurde mir ausgehändigt

Ort/Datum _____

Unterschrift _____