

---



---



---



---

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, auch im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist es wichtig, über Ihren Gesundheitszustand zu jeder Zeit bestmöglich informiert zu sein. Wir bitten Sie deshalb, die nachfolgenden Fragenbogen sorgfältig zu lesen und zu beantworten. (Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und ergänzen Sie gegebenenfalls zusätzliche Informationen. Vielen Dank!) Haben oder hatten Sie ...?**

<p><b>ALLERGIEN/UNVERTRÄGLICHKEITEN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aspirin            <input type="checkbox"/> Penicillin  <input type="checkbox"/> Erythromycin    <input type="checkbox"/> Tetracyclin  <input type="checkbox"/> Sulfanomide      <input type="checkbox"/> Lokalanästhesie  <input type="checkbox"/> Jod                    <input type="checkbox"/> Nickel  <input type="checkbox"/> Latex                <input type="checkbox"/> Chlorhexidin (CHX)  <input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p><b>HERZ-/KREISLAUF</b></p> <p><input type="checkbox"/> Herzprobleme  <input type="checkbox"/> Stent (wann: _____ )  <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzinfarkt  <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz  <input type="checkbox"/> Vorgeschichte einer infektiösen Endokarditis  <input type="checkbox"/> Künstliche Herzklappen  <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher oder Defibrillator  <input type="checkbox"/> Angina Pectoris  <input type="checkbox"/> Bluthochdruck  <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck</p> <p><b>BLUTBILDENDES SYSTEM/GEFÄSSE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen  <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen  <input type="checkbox"/> Schlaganfall  <input type="checkbox"/> Thrombosen / Embolien  <input type="checkbox"/> Anämie  <input type="checkbox"/> Leukämie  <input type="checkbox"/> Längeres Bluten bei kleinen Schnittwunden</p> <p><b>ATEMWEGE / LUNGE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Asthma  <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis  <input type="checkbox"/> Lungenentzündung, Sarkoidose, Emphysem  <input type="checkbox"/> Schlafapnoe  <input type="checkbox"/> Schnarchen</p> <p><b>LEBER</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gelbsucht  <input type="checkbox"/> Hepatitis (Typ: _____ )</p>	<p><b>VERDAUUNGSSYSTEM</b></p> <p><input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme            (Sodbrennen, Reflux, Zöliakie)  <input type="checkbox"/> Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür  <input type="checkbox"/> Darmerkrankungen            (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, etc.)  <input type="checkbox"/> Essstörung (Bulimie, Anorexie)</p> <p><b>STOFFWECHSEL / HORMONSYSTEM</b></p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion  <input type="checkbox"/> Hashimoto  <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion  <input type="checkbox"/> Kalziummangel  <input type="checkbox"/> Nebenschilddrüsenenerkrankung  <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Typ: _____ )  <input type="checkbox"/> Hoher Cholesterinspiegel</p> <p><b>UROGENITALSYSTEM</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dialysepflicht  <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung</p> <p><b>BEWEGUNGSAPPARAT</b></p> <p><input type="checkbox"/> Rheuma  <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis  <input type="checkbox"/> Gicht  <input type="checkbox"/> Bandscheibenbeschwerden  <input type="checkbox"/> Kopf- oder Halsverletzungen  <input type="checkbox"/> Osteoporose, Osteopenie  <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke            (wenn ja, welche und seit wann: _____ )</p> <p><b>NERVENSYSTEM / PSYCHE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsie, Krämpfe, Anfälle  <input type="checkbox"/> Lähmungen  <input type="checkbox"/> Depressionen  <input type="checkbox"/> Angstzustände  <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne  <input type="checkbox"/> Andere neurologische/psychische Erkrankung:            _____ )</p>	<p><b>AUGEN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Grauer Star  <input type="checkbox"/> Grüner Star  <input type="checkbox"/> Starke Einschränkung der Sehkraft</p> <p><b>ANDERES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Viruserkrankung (z.B. Herpes, HIV/Aids, etc.)  <input type="checkbox"/> Knoten oder Schwellungen im Mundbereich  <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung            (z.B. Lupus, Sklerodermie)</p> <p><input type="checkbox"/> Tumorerkrankung (welche: _____ )  <input type="checkbox"/> Chemotherapie/Bestrahlungstherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Besteht derzeit eine Schwangerschaft?            (wenn ja, in der _____ Woche)</p> <p><input type="checkbox"/> Rauchen Sie?            (wenn ja, circa _____ Zigaretten pro Tag)</p> <p><input type="checkbox"/> Andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen, Behinderungen, gesundheitliche Einschränkungen:            _____</p> <p><b>Medikamente, die Sie aktuell oder in den letzten 2 Jahren eingenommen haben:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gerinnungshemmende Medikamente:            <input type="checkbox"/> ASS   <input type="checkbox"/> Marcumar   <input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Herz/Kreislaufmedikamente   <input type="checkbox"/> Cortison  <input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente   <input type="checkbox"/> Bisphosphonate  <input type="checkbox"/> Schmerzmedikamente        <input type="checkbox"/> Antidiabetika  <input type="checkbox"/> Psychopharmaka                <input type="checkbox"/> Anti-Baby-Pille</p> <p><u>Medikamentenliste</u> (Bitte Medikamentenplan anfügen, falls vorhanden!):            _____            _____            _____</p>
---	--	---

**Beschreiben Sie alle aktuellen Behandlungen/bevorstehenden Eingriffe, die sich auf Ihre zahnmedizinische Behandlung auswirken können:**

---

**BITTE TEILEN SIE UNS ÄNDERUNGEN IMMER UNVERZÜGLICH UND UNAUFGEFORDERT MIT! VIELEN DANK!**

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

Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter: \_\_\_\_\_