



PATIENTENERHEBUNGSBOGEN FÜR ZAHNÄRZTLICH -CHIRURGISCHE EINGRIFFE

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Wohnanschrift:

Telefonnummer: Beruf:

E-Mail Adresse: Hausarzt:

Werte Patienten,

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. hätten Sie folgende Herz-/ Kreislaufferkrankungen?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 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 |
| Herzschritmacher / 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:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 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?

.....



Leiden Sie unter folgenden Blut- oder Gefäßerkrankungen?

- Durchblutungsstörungen? ja nein
- Thrombosen? ja nein
- Schlaganfall? ja nein
- Einnahme gerinnungshemmender (blutverdünnender)
Medikamente? ja nein
- Herzschwäche? ja nein
- Gerinnungsstörungen? ja nein
- Langes Bluten nach Verletzungen? ja nein
- Blutungsneigung / Hämophilie? ja nein
- Blutarmut / Anämie? ja nein

Haben Sie folgende Atemwegs- oder Lungenerkrankungen?

- Chronische Bronchitis? ja nein
- Asthma? ja nein
- Rauchen Sie? ja nein
- Einnahme gerinnungshemmender (blutverdünnender)
Medikamente? ja nein
- Herzschwäche? ja nein
- Gerinnungsstörungen? ja nein
- Langes Bluten nach Verletzungen? ja nein
- Blutungsneigung / Hämophilie? ja nein
- Blutarmut / Anämie? ja nein

Leiden Sie unter:

- Metastasen / Tochtergeschwülsten? ja nein
- Muskelerkrankungen? ja nein
- Hepatitis / Gelbsucht? ja nein
- Magengeschwür? ja nein
- Allergien / Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja, unter welchen?

.....

.....

.....

- Infektionskrankheiten? ja nein
- Immunschwäche / AIDS? ja nein
- Anfallsleiden / Epilepsie? ja nein
- Depressionen? ja nein
- Angstzuständen? ja nein
- Suchterkrankungen? ja nein
- Glaukom? ja nein
- Grünem Star /
erhöhtem Augeninnendruck? ja nein

Bitte Blatt 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

Datum

Unterschrift

Leiden Sie unter:

Welche Medikamente
nehmen Sie zurzeit ein?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Vertragen Sie bestimmte
Medikamente nicht?**

Wenn ja, welche?

ja nein

.....

.....