

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre zahnärztliche Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um die sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte (Anamnese). Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Nachname, Vorname

Geburtsdatum Telefon

Beruf

Name Ihrer Hausärztin/Ihres Hausarztes

Welche Besonderheiten müssen wir bei Ihrer Behandlung berücksichtigen?

- Zahnzusatzversicherung nein ja
 Besteht ein Pflegegrad? nein ja
 Besteht eine Schwangerschaft nein ja
 Rauchen Sie? nein ja
 Sind /waren Sie alkoholkrank? nein ja

Nehmen Sie Medikamente? nein ja
(falls „ja“ bitte ankreuzen oder freie Angabe)

- Herzmedikamente Cortison
 Schmerzmittel Antidepressiva
 blutverdünnende Bisphosphonate
 Medikamente
 (z.B. Marcumar, ASS...)

andere Medikamente (bitte genau angeben):

Haben Sie eine/mehrere der folgenden gesundheitlichen Einschränkungen?

Allergie/Medikamentenunverträglichkeit

nein ja (welche)

- Atemwegserkrankungen nein ja
 Anfallsleiden / Epilepsie nein ja
 Blutgerinnungsstörungen nein ja
 Diabetes nein ja
 Glaukom / Erhöhter Augendruck nein ja
 Hämatologische Erkrankungen nein ja
 (Erkrankung blutbildender Organe)
 Herz-/Kreislaufkrankungen nein ja
(falls „ja“ bitte ankreuzen)
 hoher Blutdruck Herzrhythmusstörungen
 Schlaganfall niedriger Blutdruck
 Herzinfarkt Herzklappenfehler
 Herzinsuffizienz Herzschrittmacher

- Infektionskrankheiten nein ja
(falls „ja“ bitte ankreuzen)
 Hepatitis A | B | C Tuberkulose
 Creutzfeld Jakob MRSA (Krankenhauskeim)
 Immunmangelsyndrom (AIDS)
 Lebererkrankungen nein ja
 Magen-Darm-Erkrankungen nein ja
 Nierenerkrankungen nein ja
(falls „ja“ bitte ankreuzen)
 Chronische Niereninsuffizienz Dialyse
 Osteoporose nein ja
 Rheumatische Arthritis nein ja
 Tumorerkrankungen nein ja
(falls „ja“ welche)

Hinweise/Sonstiges:

Datum, Unterschrift