

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. Bei eventuellen Unklarheiten können Sie uns gern fragen.

Welche gesundheitlichen Besonderheiten müssen wir bei Ihrer Behandlung berücksichtigen?

Allergie, Medikamentenunverträglichkeit

ja nein (welche)

Anfallsleiden/Epilepsie ja nein

Atemwegserkrankungen ja nein (welche)

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Diabetes ja nein

Glaukom/Erhöhter Augendruck. ja nein

Hämatologische Erkrankungen .. ja nein

(Erkrankung blutbildender Organe)

Herz-/Kreislaufkrankungen ja nein (welche)

- Herzinsuffizienz
- Koronare Herzkrankheit/ Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Herzklappenfehler
- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Mangeldurchblutung d. Gehirns/Schlaganfall

Infektionskrankheiten ja nein (welche)

- Hepatitis
- Immunmangel-Syndrom (AIDS)

Lebererkrankungen ja nein

Magen-Darm-Erkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein (welche)

- Chronische Niereninsuffizienz
- Dialyse

Osteoporose ja nein

Rheumatische Arthritis ja nein

Schilddrüsenkrankungen ja nein

Tumorerkrankungen ja nein

(Bestrahlung/Chemotherapie)

Frühere Operationen ja nein (welche)

Besteht eine Schwangerschaft? ... ja nein

Nehmen Sie Medikamente? ... ja nein (welche)

Rauchen Sie? ja nein

Sind Sie alkoholkrank? ja nein

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

ja nein

Name, Vorname

Geburtsdatum

Befinden Sie sich z. Zt. in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Datum/Unterschrift