

Sehr geehrte(r) Herr/Frau .....

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

**Besteht eine Schwangerschaft?**  ja  nein

**Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich?** .....

**Röntgenpass**  ja  nein

**Waren sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?**  ja  nein

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen oder Erkrankungen folgender Organe?**

Herz:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Zustand nach Infarkt                       |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Herzinsuffizienz                           |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Herzmuskelentzündung (Endokarditis)        |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Verengung der Herzkranzgefäße              |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Herzrythmusstörungen                       |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Bypassoperationen                          |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Herzklappenersatz (künstliche Herzklappen) |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Herzschriltmacher                          |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Herzpass                                   |

Kreislauf:

- |   |                        |
|---|------------------------|
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | niedriger Blutdruck    |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Bluthochdruck          |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Angina pectoris        |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Durchblutungsstörungen |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Schlaganfall           |

Erkrankung des blutbildenden Systems:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | erhöhtes Risiko einer Thromboseneigung |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Blutarmut                              |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Bluter                                 |

Augen:

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Grauer Star |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Grüner Star |

Atmungswege/Lunge:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Asthma bronchiale |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Bronchitis        |

Blase/Nieren:

- |   |         |
|---|---------|
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Blase   |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Niere   |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Dialyse |

Leber:

- |   |           |
|---|-----------|
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Gelbsucht |
| <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Hepatitis |

Bewegungsapparat:

- ja  nein Rheuma
- ja  nein rheumatoide Arthritis
- ja  nein Gicht

Zentrales Nervensystem:

- ja  nein epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem:

- ja  nein Kopfschmerzen
- ja  nein Migräne
- ja  nein Gesichtsschmerzen (Trigeminusneuralgie)

Stoffwechsel:

- ja  nein Zuckerkrankheit (Diabetes Typ I oder II)
- ja  nein Schilddrüsenerkrankung,

Wenn ja welche? .....

Infektionserkrankungen:

- ja  nein Hepatitis A, B
- ja  nein Hepatitis C
- ja  nein HIV

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

- ja  nein Haut- und/oder Geschlechtserkrankungen
- ja  nein Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- ja  nein Mumps, Masern, Röteln, Scharlach

**Sollten Sie wegen einer der genannten Erkrankung in Behandlung sein:**

Arzt: ..... Ort: ..... Telefon: .....

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

- ja  nein Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- ja  nein Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verändert?
- ja  nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche? .....
- ja  nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? .....
- ja  nein Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  
Wenn ja welche? .....
- ja  nein Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche? .....
- ja  nein Besitzen Sie einen Allergiepass?
- ja  nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche? .....

Berlin, den ..... Unterschrift .....