Name:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für Ihre zahnärztliche Behandlung geeigneten Behandlungsverfahren und Medikamente bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen. **Alle Angaben unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht als auch der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).**

**Haben Sie folgende Erkrankung oder Beschwerden (wenn „ja“, bitte ankreuzen):**

□ Hoher Blutdruck

□ Angina pectoris

□ Herzinfarkt

□ Herzfehler

□ Herzmuskelentzündung

□ Herzklappenentzündung

□ Künstliche Herzklappe

□ Rhythmusstörungen

□ Herzschrittmacher

□ Schlaganfall

□ Thrombosen

□ Blutgerinnungsstörungen

□ Nachbluten nach Operationen

□ Diabetes

□ Asthma

□ Allergien:

 Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Tumorerkrankungen:

 Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Nierenerkrankungen:

 Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Rheuma

□ Osteoporose

□ Bandscheibenerkrankungen

□ Parkinson

□ Epilepsie

□ Lähmungen: Wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Depressionen

□ Angstzustände

□ Grüner Star (Glaukom)

□ Hepatitis, A, B, C

□ Andere Lebererkrankungen

□ AIDS, HIV positiv

□ Tuberkulose

□ MSRA-Keime

□ Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung

□ Sonstige:--------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

□ empfindliche Zähne

□ Zahnfleischbluten

□ schlechten Geschmack

□ Migräne

□ Knirschen der Zähne

□ Tinnitus

□ Schwindel

□ Hören Sie schlecht

□ Schnarchen Sie

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? 🞎ASS 🞎Marcumar 🞎Xarelto 🞎Pradaxa 🞎Eliquis

Nehmen Sie Bisphosphonate? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormonpräparate? •Pille, •Östrogene, •andere \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig andere Medikamente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren operiert? Woran:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erhielten Sie eine Chemotherapie? Wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erhielten Sie eine Strahlentherapie? Wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift