

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

1. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

Zuckerkrankheit, wenn ja, insulinpflichtig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergien, wenn ja bitte Allergiepass vorlegen!	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Asthma, wenn ja, liegt ein Asthmaspray vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (z.B. TBC)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rheuma/rheumatisches Fieber	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine Suchterkrankung vor, wenn ja welche	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darmerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erhöhter Augeninnendruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

2. Haben Sie eine Erkrankung des Herzens? Ja , dann weiter ausfüllen Nein

Angeborener oder erworbener Herzfehler	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler oder Herzklappenersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzoperation, wenn wann	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herz Pass?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

3. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen oder haben Sie eine blutgerinnungshemmende Erkrankung? Ja , dann weiter ausfüllen Nein

Marcumar <input type="checkbox"/> ; Godamed <input type="checkbox"/> ; ASS <input type="checkbox"/> ; Xarelto <input type="checkbox"/> ; Heparin <input type="checkbox"/> ; Sonstige <input type="checkbox"/>
Hämophilie A <input type="checkbox"/> ; Hämophilie B <input type="checkbox"/> ; Hämophilie C (Rosenthal-Syndrom) <input type="checkbox"/> ; Sonstige <input type="checkbox"/>

4. Besteht eine Infektionskrankheit Ja Nein

Hepatitis A <input type="checkbox"/> ; Hepatitis B <input type="checkbox"/> ; Hepatitis C <input type="checkbox"/> ; MRSA <input type="checkbox"/> ; HIV <input type="checkbox"/> ; TBC <input type="checkbox"/> ; Sonstige <input type="checkbox"/>
--

5. Haben Sie einen Tumor oder ist eine tumoröses Geschehen bekannt? Ja Nein

6. Für die Patientinnen: Liegt eine Schwangerschaft vor? Stillen Sie? Ja Nein

7. Wann wurden Ihre Zähne oder Ihr Kiefer zum letzten Mal geröntgt? _____

8. Vertragen Sie zahnärztliche Betäubungsmittel (Spritzen)? Ja Nein

Datum/ Unterschrift (ggf. Vormund/Erziehungsberechtigten)
