



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Erkrankungen aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen unserer ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Gerne sind wir bei der Beantwortung einzelner Fragen behilflich.

Name, Vorname:

Tel:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Straße, Nr.

Beruf:

Wohnort

Arbeitgeber:

Krankenversicherung:  gesetzlich  privat  private Zusatzversicherung  privat mit Basistarif

**Haben/hatten Sie** (bitte ankreuzen)

Zu hohen Blutdruck

nein  ja

zu niedrigen Blutdruck

nein  ja

Eine Herzerkrankung?

nein  ja

Wenn ja, welche?  angeborene Herzfehler  Herzklappenfehler/-prothesen

Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)

erlittenen Herzinfarkt wann? \_\_\_\_\_

Herzoperationen  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit (Diabetes)

nein  ja

Lebererkrankungen / Hepatitis

nein  ja

Nierenerkrankungen

nein  ja

Magen-Darm-Erkrankungen

nein  ja

Schlaganfall (Hirnininfarkt)

nein  ja

Asthma, Lungenerkrankungen

nein  ja

Rheumatische Erkrankungen

nein  ja

Schilddrüsenerkrankungen

nein  ja

Immunschwächen oder HIV/AIDS

nein  ja

Bluterkrankungen

nein  ja

Nervenerkrankungen

nein  ja

Anfallsleiden

nein  ja

**Allergien**

nein  ja

Wenn ja, wogegen: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente, die die **Blutgerinnung** hemmen?

nein  ja

ASS  Marcumar  Sonstige

Bekommen oder bekamen Sie BISPHOSPHONAT-Medikamente

nein  ja

Welche Medikamente vertragen Sie eventuell nicht? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?

Waren Sie innerhalb des letzten halben Jahres im **Krankenhaus**?  nein  ja Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen anerkannten **Pflegegrad**?

nein  ja: Grad \_\_\_\_\_

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?

nein  ja: Welche Woche? \_\_\_\_\_

Gab es bei Ihnen früher Zwischenfälle bei einer örtlichen Betäubung?  nein  ja

Haben Sie zurzeit eine ansteckende Erkrankung?

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

Koomansstr. 2

info@zahnarzt-siegen-geisweid.de

Sparkasse Siegen

57078 Siegen-Geisweid

zahnarzt-siegen-geisweid.de

BLZ 46050001 | BIC WELADED1SIE

Tel.: 0271 / 811 67

 zahnaerzte.siegen

IBAN DE04 4605 0001 0001 2920 69