

Patient	_____		
	Name	Vorname	geb.
Mitglied	_____		
	Name	Vorname	geb.
Anschrift	_____		
	Straße	Haus-Nr.	PLZ/Ort
	_____		
	E-Mail	Telefon	Handy-Nr.
Krankenkasse	_____		
Beruf	_____		
Arbeitgeber	_____		
Arbeitgeber Anschrift	_____		
	Straße, Haus-Nr.	PLZ/Ort	Telefon

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um die für die zahnärztliche Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

#### Herz/Kreislauf

- hoher Blutdruck
- niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- oder \_\_\_\_\_

#### Gefäße

- Schlaganfall
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- oder \_\_\_\_\_

#### Blut

- Gerinnungsstörungen
- auch bei Blutsverwandten
- Nachbluten nach Operationen

- häufiges Nasenbluten
- blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
- oder \_\_\_\_\_

#### Leber

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis  A  B  C
- Gelbsucht
- Gallensteine
- oder \_\_\_\_\_

#### Nieren

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialysepflichtig
- oder \_\_\_\_\_

#### Magen/Darm

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwür
- oder \_\_\_\_\_

#### Allergien

- Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Jod
- Latex (z.B. Gummihandschuhe)
- Metalle
- oder \_\_\_\_\_

Allergiepass vorhanden?

- Ja  Nein

#### Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
- Zustand nach Organtransplantation
- AIDS, HIV
- Bestrahlung, Chemotherapie
- Blutkrebs
- oder \_\_\_\_\_

#### Andere Erkrankungen oder Behinderungen

- Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs
- oder \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

- Sind Sie schwanger?  
Welche Schwangerschaftswoche?  
\_\_\_\_\_
- Rauchen Sie?  
Wie viel durchschnittlich pro Tag?  
\_\_\_\_\_
- Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?  
Vor wieviel Monaten/Jahren?  
\_\_\_\_\_
- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?  
 Regelmäßig? Wie viel?  
\_\_\_\_\_

## Gerinnungshemmende Medikamente:

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.

- Aspirin/ASS
- Marcumar/Phenprocoumon
- Plavix/Iscover/Clopidogrel
- Ticlopidin
- oder \_\_\_\_\_

## Atemwege/Lunge

- chronische Bronchitis
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- COPD
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?
- oder \_\_\_\_\_

## Augen

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit
- oder \_\_\_\_\_

## Skelettsystem/Knochen

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- Künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie
- oder \_\_\_\_\_
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt?  
Wegen welcher Erkrankung?  
\_\_\_\_\_
- Wann? Mit welchem Präparat?  
\_\_\_\_\_

## Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit:
  - Diabetes mellitus Typ I
  - Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- oder \_\_\_\_\_

## Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- oder \_\_\_\_\_

## Regelmäßige Medikamente

- Blutdruckmedikamente
- Herzmedikamente
- Schmerzmittel
- Rheumamittel
- Psychopharmaka
- Antibabypille
- Antidiabetika
- welche \_\_\_\_\_
- Antibiotika in den letzten 3 Monaten

- Ständige ärztliche Behandlung  
weshalb \_\_\_\_\_
- Letzte zahnärztliche Untersuchung  
wann \_\_\_\_\_

## Ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungs- maßnahmen, z.B. bei

- Spritzen
- Medikamenten  
welche \_\_\_\_\_

## Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich

- Temperaturempfindliche Zähne
- Zahnfleischbluten
- Stellungsveränderungen der Zähne
- Zahnsperre in der Vergangenheit
- Häufig durch den Mund atmen
- Zahnverluste durch Karies
- Zahnverluste durch Zahnlockerung
- oder \_\_\_\_\_
- Zahnarztbesuch wegen
  - Zahnlockerung/  
Zahnfleischbeschwerden,  
welche Behandlung  
\_\_\_\_\_
  - Parodontitis Behandlung  
durchgeführt, wann  
\_\_\_\_\_

Die obigen Angaben entsprechen  
meinem Kenntnisstand

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

Dürfen wir Sie an die Vorsorgeuntersuchung erinnern?  Ja  Nein

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Außerdem bin ich derzeit beim Facharzt für \_\_\_\_\_ in Behandlung.

Facharzt (Namen, Adressen) \_\_\_\_\_