

## Angaben zum Patienten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. privat \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_ Zahnarzt \_\_\_\_\_  
 Privat versichert     Zahnzusatzversicherung    Gesetzl. Vertreter \_\_\_\_\_

Neben Ihren Personalien benötigen wir auch **Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.**

Dies ist wichtig für eine adäquate und sichere Behandlung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und der ärztlichen Schweigepflicht.

## Allgemeinerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Leber-/Nierenerkrankungen     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Lungenerkrankungen (z. B. Asthma)     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Magen-Darm-Erkrankungen     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Grüner Star (Glaukom)     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Schlaganfall     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Krampfanfälle (z. B. Epilepsie)     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Rheuma/Arthritis     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Tumorerkrankungen     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Strahlen-/Chemotherapie     nein     ja \_\_\_\_\_

## Herzerkrankungen

Vorhofflimmern     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Herzinfarkt     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Herzentzündung (Myo-/Endokarditis)     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Herz-OP (Stent, Bypass, Klappenersatz)     nein     ja \_\_\_\_\_  
 Herzschrittmacher     nein     ja \_\_\_\_\_

**Schilddrüse**     Überfunktion     Unterfunktion

## Welche/Wann?

## Kreislaufferkrankungen

Blutdruck     normal     hoch     niedrig

## Blutgerinnungsstörung

Blutungsneigung     nein     ja  
 Thromboseneigung     nein     ja  
 Dialyse-Patient     nein     ja

## Infektionskrankheiten

Hepatitis B  C      nein     ja  
 HIV-Infektion     nein     ja  
 Tuberkulose     nein     ja

## Erkrankungen des Knochens

Gelenkersatz (z. B. Knie-/Hüftprothese)     nein     ja  
 Osteoporose     nein     ja

## Konsumverhalten

Rauchen (Nikotin)     nein     ja  
 Regelmäßiger Alkoholkonsum     nein     ja  
 Drogen     nein     ja

**Sonstige Erkrankungen?**     nein     ja    Welche? \_\_\_\_\_

**Besteht eine Schwangerschaft?**     nein     ja, in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

## Allergien

Bestehen Allergien/Unverträglichkeiten     nein     ja    Ist ein Allergiepass vorhanden?     nein     ja  
 Was löst die allergische Reaktion aus? \_\_\_\_\_

## Medikamente

**Regelmäßige Medikamente** \_\_\_\_\_

### Gerinnungshemmer (Blutverdünner)

Marcumar     ASS     Clopidogrel     Eliquis  
 Pradaxa     Xarelto     Heparin     andere \_\_\_\_\_

### Knochenstoffwechsel (z. B. Bisphosphonate)

Alendronat     Zometa     Prolia/XGEVA  
 andere \_\_\_\_\_

**Röntgenaufnahme** im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich innerhalb der letzten 12 Monate     nein     ja