

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Geburtsdatum

Haben Sie Herz-Kreislaufprobleme?

- Herzfehler
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe
- Herzschrittmacher
- zu hohen Blutdruck
- zu niedrigen Blutdruck
- Herzrhythmusstörungen
- Herzklappenentzündung
- Herzschwäche

Gefäßprobleme?

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Krampfader
- Thrombosen

Atemwegs- oder Lungenprobleme?

- Asthma
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- chronische Bronchitis
- Schlafapnoe
- Schnarchen Sie?

Lebererkrankungen?

- Gelbsucht / Hepatitis A,B,C

Nierenerkrankungen?

- Nierenentzündung
- Nierensteine

Magen-Darmerkrankungen?

- Geschwüre
- Refluxkrankheit

Stoffwechselerkrankungen?

- Zuckerkrankheit: Diabetes 1 oder 2
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion

Skelettsystemerkrankungen?

- Gelenkerkrankungen
- Rücken- Bandscheibenbeschwerden
- Muskelschwäche
- Fibromyalgie

Nerven- oder Gemütskrankungen?

- Epileptische- oder Krampfanfälle
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände

Augenerkrankungen?

- Grüner Star
- Grauer Star
- Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit

Bluterkrankungen?

- Gerinnungsstörungen
- Nasenbluten
- leicht „blaue Flecke“
- Nachblutungen bei früheren Eingriffen

Allergien oder Unverträglichkeiten?

- Heuschnupfen
- Nahrungsmittel
- Medikamente
- Jod
- Latex (unsere Handschuhe!)

Sind sie schwanger?

- Ja
In welcher Woche?



Haben Sie eine Immunschwäche?

- Nehmen Sie Cortison?
- Sind Organe transplantiert?
- Haben Sie AIDS?

Sind Sie Osteoporose- oder Tumorpatient?
Haben Sie deshalb je – auch vor langer Zeit –
Bisphosphonate als Infusion oder in
Tablettenform erhalten?

- Ja
- Nein

Sind Sie Raucher?

- Ja
- Nein

Trinken Sie Alkohol?

- Ja
- Nein

Sind Sie „trockener“ Alkoholiker?

- Ja
- Nein

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende
Medikamente?

- Aspirin / ASS
- Marcumar
- Clopidogrel
- Plavix
- Efient

Welche Medikakamente nehmen Sie
regelmäßig?



Welchen Hausarzt oder Internisten können
wir im Zweifel für Sie / mit Ihnen befragen?



Name _____

Telefon _____

Eine letzte Frage, die Sie ohne Scheu ehrlich beantworten können. Haben Sie Bedenken / Angst vor einer zahnärztlichen Behandlung? Wenn ja, sagen Sie uns wovon, wir versuchen, Ihnen diese Sorge zu nehmen!

Danke, dass Sie sich die Mühe gemacht haben und bringen Sie den Bogen bitte zum ersten Termin mit!