

Name, Vorname:

Adresse:

.....

Geb. Datum:

Was führt Sie zu uns?

Schmerzen? Ja Nein

Kontrolluntersuchung? Ja Nein

Beratung über: Zahnersatz Füllungen

Zahnfleischbluten

Zahnwanderungen

Ästhetische Veränderungen

Zähneknirschen

anderes

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Selbstverständlich unterliegen alle Antworten der ärztlichen Schweigepflicht. Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen:

Allergien:

Heuschnupfen/Nahrungsmittel

Antibiotika (z.B. Penicillin)

Betäubungsmittel

Schmerzmittel

Andere

Herz/Kreislauf:

Hoher/niedriger Blutdruck

Herzinfarkt, Schrittmacher, Rhythmusstörungen,

Andere

Blut/Gefäße:

Gerinnungsstörungen, Bluter

Nachbluten bei Verletzungen/Operationen

Durchblutungsstörungen, Thrombosen

Schlaganfall

Leber:

Hepatitis A B C

Gelbsucht

Leberzirrhose

Gallensteine

Niere:

Nierensteine

Niereninsuffizienz/Dialyse

Magen/Darm:

Magengeschwür

Darmentzündung

Atemwege/Lunge:

Asthma

Chronische Bronchitis

TBC, COPD, Emphysem

Schnarchen Sie?

Augen:

Grauer/Grüner Star

Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes

Schilddrüsenerkrankung

Skelettsystem/Knochen:

Osteoporose

Arthrose/Arthritis

Künstliche Gelenke

Muskelferspannungen in Hals und Schultern

Kiefergelenksbeschwerden, -Knacken

Schmerzen bei der Mundöffnung

Nerven:

Krampfanfälle/Epilepsie

Lähmungen

Schwindel, Tinnitus

Migräne, Kopfschmerzen

Immunschwäche:

Einnahme von Cortison

Zustand nach Organtransplantation

AIDS, HIV

Bestrahlung, Chemotherapie

Andere Erkrankungen:

Rheuma

Tumorerkrankung

.....

Sind Sie schwanger?

Rauchen Sie? (Wieviel?)

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Nehmen Sie Medikamente:

ASS/Marcumar

Blutdruck-/Herzmedikamente

Rheumamittel

Psychopharmaka

„Antibabypille“

Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährigen Kontrolltermine erinnert werden?

e-mail Telefon Postkarte

e-mail Adresse:

.....

Datum Unterschrift