

ANGABEN ZU IHREM GESUNDHEITZUSTAND

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Dieses Formular enthält wichtige Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand. Allgemeinerkrankungen, Allergien oder sogar physiologische Vorgänge wie eine Schwangerschaft können sich auf Ihre zahnärztliche Behandlung auswirken.

Wir möchten ein genaues Bild über Ihr zahnmedizinisches Problem erhalten. Bitte nehmen Sie also die Zeit, das Formular in Ruhe auszufüllen und versuchen Sie, eine möglichst exakte Antwort auf die Fragen zu geben. Sollte es zu Änderungen Ihres Gesundheitszustandes kommen, so bitten wir Sie, uns diese mitzuteilen.

Ihre Daten werden elektronisch gespeichert und unterliegen der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht und geltenden Datenschutzgesetzen inkl. der EU-Datenschutz-Grundverordnung.

MEDIKAMENTE	
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?	

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente (etwa Marcoumar)?	
Nehmen Sie (oder nahmen Sie in den letzten 12 Monaten) Medikamente gegen Osteoporose (etwa Bisphosphonate)?	
Nehmen Sie (oder nahmen Sie in den letzten 12 Monaten) Medikamente gegen Knochenmetastasen (etwa Xgeva)?	

RAUCHEN & ALKOHOL	
Rauchen Sie?	
Wenn ja, wie viel?	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	
Wenn ja, viel?	

BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN >>>

VORERKRANKUNGEN

Haben/hatten Sie eine Herzerkrankung (etwa Herzinfarkt)?

Wenn ja, wann war Ihr Herzinfarkt?

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Herzklappenersatz?

Leiden Sie an Bluthochdruck (Hypertonie)?

Leiden Sie an einer Gerinnungsstörung (etwa Hämophilie)?

Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes)?

Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?

Leiden Sie an einer Immunerkrankung?

Werden/wurden Sie wegen einer Tumorerkrankung behandelt?

Wenn ja, wird/wurde der Kopf-Hals-Bereich bestrahlt?

Leiden Sie an Hepatitis? Wenn ja, an welchem Typ?

Leiden Sie an Tuberkulose?

Sind Sie HIV-positiv? Leiden Sie an AIDS?

Leiden Sie an (einer) sonstigen Erkrankung(en)?

Wenn ja, an welcher/welchen?

ALLERGIEN

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Wenn ja, wogegen?

SCHWANGERSCHAFT

Sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat?

DATUM UND UNTERSCHRIFT

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Mithilfe,

IHR **FEHER & RACZ** TEAM