

Patienten-Erhebungsbogen

Patient: Name, Vorname	Geb.: Tel.privat.:	Geb.ort:
Zahnarzt(+Anschrift):	Kieferorthopäde(+Anschrift):	HNO-Arzt(+Anschrift):
Hausarzt(+Anschrift):	Orthopäde(+Anschrift):	Chirurg(+Anschrift):
Nervenarzt(+Anschrift):	Hautarzt(+Anschrift)	sonst.Arzte:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er wird Ihrer Karteikarte beigelegt. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>		<u>Ja</u>	<u>Nein</u>
1.Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Anfallsleiden(z.Bsp.: Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Magen-Darmerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-Immunschwäche (HIV positiv)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Angeborene o.erworbene Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.Nehmen Sie Medikamente ein, die Blutgerinnung hemmen?(z.Bsp.: Marcumar, ASS, Falithrom, Aspirin, Plavix, Iscover, Ticlopidin, Clopidogrel, Phenprocoumon)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Herzklappenfehler o. Herzklappenprothesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.Vertragen Sie best. Medikamente nicht? Falls ja, welche: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Endokarditis(Herzinnenhautentzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
-Herzoperationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.Bestehen z.Zt. sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Sonstiges: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche: _____		
			-zur Zeit oder früher Tumorerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Wenn ja, welche: _____		
			-Frühere Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Wenn ja, welche: _____		
-Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8.Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (Mittel gegen Osteoporose, Knochentumoren, Mb.Paget)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Haben Sie einen Herzpass? Ausgestellt von: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			9.Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?		
4.Haben oder hatten Sie eine der nachstehenden Erkrankungen?					
	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	_____		
-Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
-Erkrankungen des Blutes (z.Bsp.:langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
			10.Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?		
-Allergie (z.Bsp.: Heuschnupfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Datum (ca.): _____		
-Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Organ: _____		
-Asthma/ Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11.Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Nervenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12.Nehmen Sie Drogen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Lebererkrankung/ Gelbsucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13.Für Patientinnen: Sind Sie Schwanger?/Stillen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-Rheuma/ rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		
-Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Datum

Unterschrift