

Patienten-Gesundheitsbogen

Name/Vorname:

geboren:

Hausarzt:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Um unsere Behandlung und die verwendeten Medikamente besser auf Ihren Gesundheitszustand abstimmen zu können, möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen; er wird Ihrer Karteikarte beigelegt und unterliegt selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Wenn Sie Fragen zum Ausfüllen dieses Bogens haben, helfen wir Ihnen gerne dabei.

1.) Haben Sie zu hohen Blutdruck?

2.) Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?

3.) Haben oder hatten Sie eine Herzerkrankung?

Klappenfehler/ Klappenprothese/ Herzinfarkt/ Endokarditis
(Herzinnenhautentzündung)/ Herzoperationen/Schrittmacher/
Beklemmungszustände in der Brust

sonstige:

4.) Sind Sie Diabetiker? (insulinpflichtig/ nicht insulinpflichtig)

5.) Haben Sie eine Erkrankung des Blutes? (z.B. Gerinnungsstörungen)

6.) Leiden Sie unter Migräne/Kopfschmerzen?

7.) Haben Sie eine Erkrankung der Nasennebenhöhlen (Kiefer- /Stirnhöhle)?

8.) Haben/Hatten Sie eine Lebererkrankung? (z.B. Gelbsucht)?

9.)Haben/Hatten Sie eine Nierenerkrankung?

10.) Haben/Hatten Sie eine Erkrankung des Magen-Darmtraktes (z.B. Magengeschwür)?

Bitte wenden!

11.) Leiden Sie unter Asthma?

12.) Haben Sie ein Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)?

13.) Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, AIDS, Hepatitis)?

14.) Haben/Hatten Sie eine Nervenerkrankung (z.B. Fazialisparese, Trigeminusneuralgie)?

15.) Sind Sie organtransplantiert?

16.) Haben Sie Allergien?

Wenn ja, gegen welche Stoffe? Bitte Allergiepaß vorlegen.

17.) Leiden Sie unter grünem Star (Katarakt)?

18.) Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?

19.) Leiden Sie unter einer noch nicht in diesem Fragebogen behandelten Krankheit?

20.) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (z.B. Marcumar, regelmäßig Aspirin)?

21.) Welche Medikamente nehmen Sie ein?

22.) Vertragen Sie bestimmte Medikamente **nicht** (z.B. Penicillin)?

23.) Haben Sie lokale Betäubungsspritzen beim Zahnarzt bisher vertragen?

24.) Für Patientinnen:
Sind Sie schwanger?

25.) Leiden Sie unter Tinnitus (Ohrgeräusche) ?

26.) Haben Sie Beschwerden an den Kiefergelenken?

Bitte geben Sie uns an, wenn sich an Ihrem Gesundheitszustand etwas geändert hat

**Vielen Dank für
Ihre Mitarbeit**

Dr. Stefan A. Mauß

