



## Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzlichen Informationen
<u>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</u>		
Hoher Blutdruck (Hypertonie) / Werte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) / Werte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzklappenerkrankung/ -defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Mangeldurchblutung ZNS / Apoplex	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Blutgerinnungshemmer (Marcumar, ASS)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche: .....
Blutungsneigung, sind Sie Bluter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
<u>Infektionserkrankungen</u>		
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Hepatitis (z.B. Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
andere		.....
<u>Allergien / Unverträglichkeiten</u>		
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Antibiotika (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Nelkenöl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
andere		.....
<u>Weitere Erkrankungen</u>		
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Augenerkrankung (Glaukom)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Nierenfunktionsstörungen / Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
andere		.....



Allgemeine Angaben

Drogenkonsum  Ja  Nein  
Alkoholgenuss  Ja  Nein Wenn ja,  selten  oft  selten  
Raucher  Ja  Nein Wenn ja,  0-10  über 10 Zig. / Tag  
Regelmäßige Medikamente  Ja  Nein Wenn ja, welche:

Röntgenuntersuchungen im letzten Jahr  Ja  Nein Wenn ja, Datum / Körperteile

Schwangerschaft  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

Nackenverspannung  Ja  Nein  
Kopfschmerzen  Ja  Nein  
Sonstige

Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?  
Haben Sie Angst vor der Behandlung?  Ja  Nein

Wann haben Sie die letzte professionelle Zahnreinigung durchführen lassen?  
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?  Empfehlung  Google  Jameda  Sanego

Was ist ihr Anliegen?

Wichtige Informationen:

- Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen. Sollte im Unterkiefer eine Betäubungsspritze notwendig sein, erfolgt eine Anästhesie des gesamten Unterkiefernerve einer Seite. Dies ist mit einem Taubheitsgefühl im Kinnbereich verbunden.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen.

---

Datum, Unterschrift

Wie Sie sicherlich wissen, wird zur Vermeidung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen empfohlen, viertel- oder halbjährliche Kontrolluntersuchungen durchführen zu lassen. Zur Erhaltung ihrer Gesundheit bieten wir kostenlos ein Wiederbestellsystem (Recall) an. Sind Sie daran interessiert?  Ja  Nein

Wenn ja bitten wir durch ihre Unterschrift um Ihr Einverständnis hierzu. Sie können uns jederzeit einfach mündlich mitteilen wenn Sie am Recall nicht mehr teilnehmen möchten.

---

Datum, Unterschrift Recall (gesetzlich erforderlich)