

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   
Muskelverspannungen 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