

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Telefon (privat) _____ Telefon (mobil) _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf _____

Größe _____ Gewicht _____

Für Frauen

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)? ja nein Könnten Sie Schwanger sein? ja nein Stillen Sie? ja nein

Behandlung

Leiden Sie zurzeit an einer Infektion (z.B. Erkältung, Magen-/Darminfektion)? ja neinBefanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weswegen? _____

Medikamente

Nehmen Sie Bisphosphonate? ja neinNehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein (z.B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Psychopharmaka, Antidiabetika, frei käufliche Präparate)? ja nein

Wenn ja, welche und wie viel pro Tag? _____

Bluttransfusion

Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion erhalten? ja neinKam es dabei zu Komplikationen? ja neinHaben Sie vor dem jetzigen Eingriff Blut gespendet? ja nein

Haben oder hatten Sie....

Gerinnungsstörung: blaue Flecken/Nasenbluten? ja neinBlutarmut (Anämie)? ja neinAllergien? ja nein

Wenn ja, an welchen? _____

Krebserkrankung? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)? ja neinHerzfehler? ja nein

DR. DR. WATANPOUR | PRAXISKLINIKEN FÜR IMPLANTOLOGIE | KIEFERCHIRURGIE | ÄSTHETISCHE GESICHTSCHIRURGIE

- Angina pectoris (Brustschmerzen)? ja nein
- Herzinfarkt? ja nein
- Herzmuskelentzündung? ja nein
- Durchblutungsstörungen? ja nein
- Erhöhten Blutdruck? ja nein
- Erniedrigten Blutdruck? ja nein
- Krampfadern (Varizen)? ja nein
- Thrombose / Embolie (z.B. Schlaganfall)? ja nein
- Andere Herz-/Kreislaufkrankungen? ja nein
- Hepatitis? ja nein
- Tuberkulose (Tbc)? ja nein
- HIV-positiv (AIDS)? ja nein
- Andere Infektionskrankheiten? ja nein
- Schilddrüsenvergrößerung/Kropf? ja nein
- Schilddrüsenüberfunktion? ja nein
- Schilddrüsenunterfunktion? ja nein
- Diabetes mellitus? ja nein
- Gicht/Porphyrie? ja nein
- Osteoporose? ja nein

Frühere Operationen

Kam es bei früheren Operationen zu folgenden Komplikationen:

- Verstärkte Blutungen? ja nein
- Abszesse/Eiterungen/Fisteln? ja nein
- Verzögerter Heilung? ja nein
- Verstärkter Narbenbildung? ja nein
- Thrombosen/Embolien? ja nein
- Sonstige Besonderheiten? ja nein

Alkoholkonsum

- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
- Wenn ja, was und wie viel? _____

Tabakkonsum

- Rauchen Sie? ja nein
- Wenn ja, wie viel? _____

Unterschrift

Unterschrift Patient | Erziehungsberechtigter

Ort | Datum _____