**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um die für Ihre zahnärztliche Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztl. Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen. **Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

**bei Ja bitte X ankreuzen**

**Herz/Kreislauf:**

hoher Blutdruck

niedriger Blutdruck

Angina pectoris

Herzinfarkt

Endocarditis

Herzklappendefekt

Rhythmusstörungen

Herzschrittmacher

sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gefäße:**

Schlaganfall

Thrombosen

sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Blut:**

Gerinnungsstörungen

auch bei Blutsverwandten

Nachbluten nach Operationen

blaue Flecken auch ohne Verletzung

sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Leber:**

Leberzirrhose

Hepatitis  **A B C**

sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nieren:**

Dialysepflichtig

Niereninsuffizienz

sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Augen:**

Grüner Star (Katarakt)

sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

um die für Ihre zahnärztliche Behandlung geeigneten Medikamente und Behandlungsverfahren bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zur Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztl. Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gerne fragen. **Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?**

**Atemwege/Lunge:**

chronische Bronchitis

Asthma

Schnarchen Sie?

sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stoffwechsel:**

Zuckerkrankheit

Diabetes mellitus Typ 1

Diabetes mellitus Typ 2

Schilddrüsenunterfunktion

Schilddrüsenüberfunktion

sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allergien:**

Heuschnupfen, Nahrungsmittel

Antibiotika, Jod, Latex, Schmerzmittel, Metalle

sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen oder Behinderungen:**

Osteoporose

Anfallsleiden/Epilepsie

Depressionen

Angstzustände

Immunschwäche (Aids/HIV)

Tumorerkrankungen

sonstige \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medikamenteneinnahme:**

nehmen Sie, oder wurden Sie in der Vergangenheit mit **Bisphosphonaten** behandelt?

gerinnungshemmende Medikamente

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

weitere Medikamente z.B. Schmerzmittel, Antibiotika, Psychopharmaka, Blutdruckmedikamente.

rauchen Sie? Tägl. Ca.\_\_\_\_\_\_\_ Zigaretten

**Sind Sie schwanger?**

WelcheSchwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_\_\_\_

**Ihre Hauptanliegen:**

Ich wünsche eine Vorsorgeuntersuchung

Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen?

wünschen Sie nur eine Schmerzbeseitigung?

sind Ihre Zähne heiß/kalt empfindlich?

bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches?

wünschen Sie kosmetische Veränderungen Ihre Zähne/ Ihrer Zahnfarbe?

knirschen Sie mit den Zähnen?

haben Sie Kiefergelenksbeschwerden?

Ich wünsche eine Verbesserung meines Zahnersatzes

Ich wünsche eine professionelle Zahnreinigung

**Wünschen Sie eine besondere Beratung über folgende Themen:**

professionelle Zahnreinigung incl. Perio-Flow

professionelle Zahnaufhellung

Amalgamentfernung

ästhetischezahnfarbene Füllungen

Keramik-/Goldinlays

Keramikveneers (Verblendschalen)

hochwertigen Zahnersatz

Zahnersatz durch Implantate

**Weitere Angaben zu Ihrer und unserer Information:**

Haben Sie Angst vor der zahnärztlichen Behandlung?

wollen Sie regelmäßig an Kontrolltermine erinnert werden?

\* teilen Sie uns bitte mit, wenn sich Ihr Gesundheitszustand verändert hat.

\*Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.

\*Sollte im Unterkieferseitenzahngebiet eine Betäubungsspritze notwendig sein, erfolgt eine Anästhesie des gesamten Unterkiefernervs einer Seite. Dabei kann in sehr seltenen Fällen

(ca. 0,1%) der Nerv vorübergehend oder bleibend geschädigt werden. Dies äußert sich durch ein Taubheitsgefühl im Kinnbereich und/ oder der Zunge.

\* mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Ich bin durch **Google , Jameda , Homepage , Weiterempfehlung ,**

**Sonstige \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** auf die Zahnarztpraxis aufmerksam geworden (zutreffendes bitte ankreuzen).

\* Tel. Privat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ beruflich:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* von Vers. Karte abweichende Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Beruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gießen, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Patient/in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_