

Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie Dr. Dr. D. Baumann & Kollegen

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum.: _____ Tel.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Zahnarzt: _____ Krankenkasse: _____

Hauptversicherter: _____ Geb.- Datum: _____

Anschrift, falls abweichend: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die ärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen deshalb sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

- | | ja | nein | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| • Haben Sie hohen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Haben Sie Allergien? Falls ja , welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Haben Sie niedrigen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| • Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Falls ja: | | | • Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente – Marcumar, ASS 100, Eliquis, Lixiana, Clopidogrel etc - ein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Angeborene oder erworbene Herzfehler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falls ja , welches _____ | | |
| ➤ Herzklappenfehler oder Herzklappenprothesen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falls ja , welche _____ | | |
| ➤ Herzoperation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| ➤ Haben Sie einen Herzpass? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? | | |
| ➤ Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| Sonstiges _____ | | | _____ | | |
| • Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen? | | | • Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre wegen einer schwerwiegenden Erkrankung in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | | |
| ➤ Erkrankungen des Blutes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? | | |
| Falls ja , welche _____ | | | Datum (ungefähr) _____ | | |
| ➤ Adipositas (Übergewicht > 130 kg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Körperteil _____ | | |
| ➤ Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Rauchen Sie regelmäßig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Asthma/ Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Tuberkulose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ➤ Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ➤ Lebererkrankung/ Hepatitis (A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ➤ Rheuma/rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ➤ Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ➤ Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ➤ Magen-Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| ➤ HIV + / AIDS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Sonstiges _____

Datum, Unterschrift

(Bitte wenden)

