



ZAHNÄRZTE

der Tagesklinik Buchloe

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (mobil): _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Mitversichert bei (falls nicht selbstversichert): _____

Hausarzt: _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit
Medikamente ein (z.B. Schmerz-, Schlaf-,
Herz-, Kreislauf-, **blutgerinnungs-**
hemmende Mittel wie Heparin,
Marcumar®, Aspirin®, Plavix®,
Psychopharmaka, Antidiabetika, Xarelto,
frei käufliche Präparate)? J N

Wenn ja, welche und wieviel pro Tag? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate? J N

Behandlung

Leiden Sie zurzeit an einer Infektion J N

(z.B. Erkältung, Magen-/Darminfektion)?

Befanden Sie sich in letzter Zeit in J N

ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weswegen? _____

Gerinnungsstörungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Gerinnungsstörungen:

Entstehen blaue Flecken / Nasenbluten? J N

Blutarmut (Anämie)? J N

Allergien

Leiden Sie an Allergien? J N

Wenn ja, an welchen? _____

Haben Sie einen Allergiepass? J N

Reagieren Sie empfindlich auf

Medikamente? J N

Wenn ja, auf welche? _____

Krebserkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer

Krebserkrankung? J N

Wenn ja, an welcher und seit wann? _____

Herz-/Kreislaufferkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Herz-/Kreislaufferkrankungen:

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)? J N

Herzfehler? J N

Angina pectoris (Brustschmerzen)? J N

Herzinfarkt? J N

Herzmuskelentzündung? J N

Herzklappenersatz/Stent? J N

Herzschrittmacher? J N

Durchblutungsstörungen? J N

Erhöhter Blutdruck? J N

Niedriger Blutdruck? J N

Thrombose / Embolie (z.B. Schlaganfall)? J N

Andere? _____

Infektionskrankheiten

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Infektionskrankheiten:

Hepatitis (Leberentzündung/Gelbsucht)? J N

Tuberkulose (Tbc)? J N

HIV-positiv (AIDS)? J N

Andere? _____

Schilddrüsenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden

Schilddrüsenerkrankungen:

Schilddrüsenvergrößerung / Kropf? J N

Schilddrüsen-Über- / Unterfunktion? J N

Stoffwechselerkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Stoffwechselerkrankungen:

- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? J N
- Gicht / Porphyrie? J N
- Osteoporose? J N

Weitere Erkrankungen

- Magen-Darm-Erkrankungen? J N
- Asthma? J N
- Migräne, regelmäßige Kopfschmerzen? J N
- Epileptiforme Anfälle? J N
- Krämpfe? J N

Frühere Operationen

Kam es bei früheren Operationen zu folgenden Komplikationen:

- Verstärkte Blutungen? J N
- Abszesse / Eiterungen / Fisteln? J N
- Verzögerter Heilung? J N
- Verstärkter Narbenbildung? J N
- Thrombosen / Embolien? J N
- Sonstige Besonderheiten:
z.B. Bluttransfusionen

-
- Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)? J N
- Könnten Sie Schwanger sein? J N
- Stillen Sie? J N

Tabakkonsum

- Rauchen Sie? J N
- Wenn ja, wieviel?

Erkrankungen Zähne/Kiefergelenk

- Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? J N
- Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? J N
- Knackt Ihr Kiefergelenk beim Gähnen oder Kauen? J N
- Haben Sie das Gefühl, unter Mundgeruch zu leiden? J N

Sonstiges

Haben Sie Angst vor der Behandlung? J N

Sind wir Ihnen empfohlen bzw. sind Sie überwiesen worden, durch wenn?

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Unterschrift des Patienten