



Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten.
Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht.

Wichtige Hinweise

1. Vereinbarte Termine für eine Untersuchung und / oder Behandlung werden ausschließlich für Sie als unser Patient reserviert. Bei Verhinderung muss der Termin mindestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden. Bei verspäteter Terminabsage wird die versäumte Sitzung ggf. in Rechnung gestellt.
2. Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Spritze nicht mehr fahrtüchtig sein können.
3. Teilen Sie uns bitte eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert vor der nächsten Behandlung mit.
4. Mit einer Weitergabe meiner Daten an die Verrechnungsstelle bin ich einverstanden.

Wie sind Sie zu uns gekommen?	
☐ Überweisung von (Hausarzt/Zahnarzt Name, Anschrift)	
☐ Empfehlung von	
☐ Sonstige (welche)	
Was führt Sie zu uns, was ist Ihr Hauptanliegen?	
Sind Sie im letzten Jahr von einem Zahnarzt geröntgt worden?	
	☐ Ja ☐ Nein
Name	
Waren Sie letztes Jahr/sind Sie z. Zt. in Behandlung	
Zahnarzt	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, warum?	
Arzt / Facharzt	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, warum?	
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?	
	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wann?	Art der Komplikation
Rauchen Sie zur Zeit oder haben Sie früher geraucht?	
	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wieviele Zigaretten/Tag?	Nichtraucher seit
Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bzw. Neigungen zu folgenden Erkrankungen bekannt?	
Neigung zu Zahnfleisch- /Zahnbitterkrankungen	☐ Ja ☐ Nein
Neigung zu Osteoporose (Knochendichteprobleme)	☐ Ja ☐ Nein
Neigung zu Karies	☐ Ja ☐ Nein

Ich verpflichte mich, die durch die jeweils gewünschte/abgesprochene/notwendige Anamnese, Diagnostik oder Behandlung entstehenden Kosten vollständig zu erstatten.

Ort, Datum
Unterschrift (Patient / in)



Allgemeinmedizinische Anamnese

Name des Patienten _____

ASA _____

ASA _____

Haben Sie bei Belastung Schmerzen im Brustbereich (Angina pectoris)?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?	☐ Ja ☐ Nein	III
Haben sich die Herzbeschwerden in letzter Zeit verschlimmert?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Haben Sie bei Ruhe Brustschmerzen?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Hatten Sie jemals einen Herzinfarkt?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?	☐ Ja ☐ Nein	III
Hatten Sie innerhalb der letzten sechs Monate einen Herzinfarkt?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Haben Sie ein Herzgeräusch, einen Herzklappenfehler oder eine künstliche Herzklappe?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Hatten Sie in den letzten sechs Monaten eine Operation an Ihrem Herzen oder Blutgefäßen?	☐ Ja ☐ Nein	III
Hatten Sie je eine rheumatische Herzerkrankung?	☐ Ja ☐ Nein	III
Müssen Sie Ihre körperliche Belastung einschränken?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Haben Sie ohne körperliche Belastung Herzklopfen oder Herzrasen?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Müssen Sie während dieser Beschwerden Ihre körperliche Aktivität verringern, sich hinsetzen oder hinlegen?	☐ Ja ☐ Nein	III
Werden Sie dabei kurzatmig, blass oder wird Ihnen schwindelig?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Haben Sie eine Herzmuskelschwäche?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Haben Sie Atemnot, wenn Sie flach liegen?	☐ Ja ☐ Nein	III
Schlafen Sie wegen Atemnot mit mehr als zwei Kopfkissen?	☐ Ja ☐ Nein	II
Hatten Sie jemals einen hohen Blutdruck?	☐ Ja ☐ Nein	II
Haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Bluten Sie nach einer Operation oder Verletzung länger als eine Stunde?	☐ Ja ☐ Nein	III
Bekommen Sie ohne Verletzung Blutergüsse?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Haben Sie Epilepsie (Anfallsleiden)?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Hat sich Ihr Anfallsleiden verschlechtert?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Haben Sie weiterhin Anfälle?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Hatten Sie jemals einen Schlaganfall?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
War der Schlaganfall innerhalb der letzten sechs Monate?	☐ Ja ☐ Nein	III
Haben Sie Bronchial-Asthma?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Benutzen Sie dafür Medikamente und/oder Inhalationsmittel?	☐ Ja ☐ Nein	III
Haben sie heute Atmungsprobleme?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Haben Sie andere Schwierigkeiten mit den Lungen oder anhaltenden Husten?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Sind Sie außer Atem, wenn Sie 20 Stufen hinaufsteigen?	☐ Ja ☐ Nein	III
Kommen Sie beim Anziehen außer Atem?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Hatten Sie je eine allergische Reaktion gegen Penicillin, Aspirin, Pflaster oder irgend etwas anderes?	☐ Ja ☐ Nein	II
Haben Sie einen Allergiepass	☐ Ja ☐ Nein	
Benötigen Sie deshalb ärztliche oder Krankenhausbehandlung?	☐ Ja ☐ Nein	III
Haben Sie Diabetes (Blutzucker)?	☐ Ja ☐ Nein	II
Benötigen Sie Insulin?	☐ Ja ☐ Nein	II
Sind Sie zur Zeit unbefriedigend eingestellt?	☐ Ja ☐ Nein	III

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	☐ Ja ☐ Nein	II
Haben Sie derzeit eine Überfunktion?	☐ Ja ☐ Nein	IV
Haben Sie derzeit eine Unterfunktion?	☐ Ja ☐ Nein	III
Haben Sie eine Nierenerkrankung?	☐ Ja ☐ Nein	II
Werden Sie dialysiert?	☐ Ja ☐ Nein	III
Hatten Sie eine Nierentransplantation?	☐ Ja ☐ Nein	III
Haben Sie eine Lebererkrankung?	☐ Ja ☐ Nein	II
Haben Sie zur Zeit eine Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, andere)?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja, welche?		
Hatten Sie jemals Krebs, eine bösartige Erkrankung oder Leukämie?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Hatten sie deshalb eine medikamentöse Behandlung oder Knochenmarktransplantation?	☐ Ja ☐ Nein	III
Hatten Sie eine Strahlenbehandlung wegen eines Tumors oder Gewächses im Kopf oder Halsbereich?	☐ Ja ☐ Nein	III
Leiden Sie unter Atemnot (Hyperventilation), die durch Aufregung ausgelöst wird?	☐ Ja ☐ Nein	II
Hatten Sie jemals eine Ohnmacht bei (zahn-) medizinischen Eingriffen?	☐ Ja ☐ Nein	II
Benötigen Sie eine Antibiotika-Prophylaxe (Gabe) vor zahnärztlichen Eingriffen?	☐ Ja ☐ Nein	II
Benutzen Sie zur Zeit irgendwelche verordneten oder anderen Medikamente?	☐ Ja ☐ Nein	II
Wenn ja:		
Herzmedikamente?	☐ Ja ☐ Nein	
Mittel zur Beeinflussung der Blutgerinnung (Blutverdünnung wie Marcumar, ASS, Heparin)?	☐ Ja ☐ Nein	
Gegen hohen Blutdruck?	☐ Ja ☐ Nein	
Aspirin oder andere Schmerzmittel?	☐ Ja ☐ Nein	
Allergiemittel?	☐ Ja ☐ Nein	
Gegen Diabetes (Blutzucker)?	☐ Ja ☐ Nein	
Gegen Osteoporose?	☐ Ja ☐ Nein	
Kortison oder entsprechende Medikamente?	☐ Ja ☐ Nein	
Medikamente gegen Transplantatabstoßung?	☐ Ja ☐ Nein	
Medikamente für Haut-, Darm-, oder rheumatische Erkrankungen?	☐ Ja ☐ Nein	
Gegen Krebs- oder Blutkrankheiten?	☐ Ja ☐ Nein	
Haben Sie Biophosphonate eingenommen?	☐ Ja ☐ Nein	
Penicillin, Antibiotika, sonstige keimtötende Mittel?	☐ Ja ☐ Nein	
Gegen Schlaf- oder Angststörungen, Depressionen?	☐ Ja ☐ Nein	
Hormonpräparate?	☐ Ja ☐ Nein	
Haben Sie jemals Drogen eingesetzt?	☐ Ja ☐ Nein	
Sonstige Medikamente?	☐ Ja ☐ Nein	
Rauchen Sie zur Zeit oder haben Sie früher geraucht?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn ja, wieviele Zigaretten / Tag?	Nichtraucher seit _____	
Haben Sie hormonelle Probleme?	☐ Ja ☐ Nein	II
Sind Sie schwanger? (Nur für Frauen zu beantworten)	☐ Ja ☐ Nein	II

Ort, Datum _____

Unterschrift (Patient/in) _____