

**Zahnarztpraxis
Michael Deutschmann**

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Liebe Patientinnen und Patienten,

um Sie optimal und individuell zahnmedizinisch beraten und behandeln zu können benötigen wir genaue Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand und alle von Ihnen regelmäßig eingenommenen Medikamente.

Bitte kreuzen Sie aktuelle und/oder überstandene Krankheiten bzw. Besonderheiten an.

		Nein	Ja
Herz, Kreislauf, Gefäße	<ul style="list-style-type: none"> • Herzinfarkt Wann: _____ • Angina pectoris • Herzklappenentzündung • Schrittmacher • Sonstige Herzerkrankungen: _____ • Hoher Blutdruck (Hypertonie) • Niedriger Blutdruck (Hypotonie) • Schlaganfall Wann: _____ • Thrombose/Embolie 	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Lunge/Atemwege	<ul style="list-style-type: none"> • Asthma bronchiale • Chron. Bronchitis/COPD • Sonstige Erkrankungen: _____ 	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Allergien/ Überempfindlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Gegen Medikamente Welche: _____ • Gegen Latex • Sonstige Stoffe: _____ 	Nein ○ ○ ○	Ja ○ ○ ○
Niere/Leber	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Erkrankung: _____ 	Nein ○	Ja ○
Stoffwechsel	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) • Schilddrüsenerkrankung Welche: _____ 	Nein ○ ○	Ja ○ ○
Blutgerinnungshemmende Medikamente („Blutverdünner“)	<ul style="list-style-type: none"> • Welche: _____ 	Nein ○	Ja ○
Bluterkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Welche: _____ 	Nein ○	Ja ○
Nerven und Gemüt	<ul style="list-style-type: none"> • Krampfanfälle • Morbus Parkinson • Depression • Sonstige Erkrankungen: _____ 	Nein ○ ○ ○ ○	Ja ○ ○ ○ ○
Mage/Darm	<ul style="list-style-type: none"> • Sodbrennen/Reflux • Sonstige Erkrankungen: _____ 	Nein ○ ○	Ja ○ ○

Infektionen	<ul style="list-style-type: none"> • HIV/AIDS • Hepatitis • Sonstige Erkrankungen: _____ 	Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Auge	<ul style="list-style-type: none"> • Glaukom • Sonstige Erkrankungen: _____ 	Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Skelett	<ul style="list-style-type: none"> • Rheuma • Sonstige Erkrankungen: _____ 	Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Schwangerschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Woche: _____ 	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Regelmäßig eingenommene Medikamente (bitte alle angeben)	<ul style="list-style-type: none"> • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ 		

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen	Datum	Unterschrift
○ Keine Änderung ○ Änderung		
○ Keine Änderung ○ Änderung		
○ Keine Änderung ○ Änderung		
○ Keine Änderung ○ Änderung		
○ Keine Änderung ○ Änderung		
○ Keine Änderung ○ Änderung		
○ Keine Änderung ○ Änderung		
○ Keine Änderung ○ Änderung		
○ Keine Änderung ○ Änderung		