

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
		Datum

☒ **Ja**

Herz/Kreislauf:

- ☐ hoher Blutdruck
- ☐ niedriger Blutdruck
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzschwäche
- ☐ Herzfehler
- ☐ Herzmuskelentzündung
- ☐ Herzklappenentzündung
- ☐ künstliche Herzklappe
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Herzschrittmacher

oder _____

Gefäße:

- ☐ Schlaganfall
- ☐ Thrombosen
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Krampfadern

oder _____

Blut:

- ☐ Gerinnungsstörungen
 - ☐ auch bei Blutsverwandten
- ☐ Nachbluten nach Operationen
- ☐ häufiges Nasenbluten
- ☐ blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung

oder _____

Leber:

- ☐ Fettleber
- ☐ Leberzirrhose
- ☐ Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C
- ☐ Gelbsucht
- ☐ Gallensteine

oder _____

Nieren:

- ☐ Nierensteine
- ☐ Nierenentzündung
- ☐ Dialysepflichtig

oder _____

Magen/Darm:

- ☐ Verdauungsstörungen
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Refluxkrankheit
- ☐ Geschwür

oder _____

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 allgemeinen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie mich gern fragen. Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Atemwege/Lunge:

- ☐ chronische Bronchitis
- ☐ Lungenentzündung
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Asthma
- ☐ COPD
- ☐ Lungenemphysem
- ☐ Schlafapnoe
- ☐ Schnarchen Sie?

oder _____

Augen:

- ☐ Grüner Star
- ☐ Grauer Star
- ☐ starke Einschränkung der Sehkraft
- ☐ Blindheit

oder _____

Skelettsystem/Knochen:

- ☐ Osteoporose
- ☐ Gelenkerkrankungen
- ☐ künstliche Gelenke
- ☐ Muskelerkrankungen
- ☐ Fibromyalgie

oder _____

- ☐ Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit **Bisphosphonaten** behandelt (Infusionen, Tabletten)? Wegen welcher Erkrankung?

Wann? Mit welchem Präparat? z.B. Alendron(säure), Bonviva®, Bondronat®, Actonel®, Fosavance®, Fosamax®, Zometa®, Zoledron(säure), Aredia®, Aclasta®, Pamidron(säure)

Stoffwechsel:

- ☐ Zuckerkrankheit:
 - ☐ Diabetes mellitus Typ I
 - ☐ Diabetes mellitus Typ II
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion

oder _____

Nerven/Gemüt:

- ☐ Krampfanfälle (Epilepsie)
- ☐ Lähmungen
- ☐ Depressionen
- ☐ Angstzustände

oder _____

Allergien, z.B.:

- ☐ Heuschnupfen, Nahrungsmittel
- ☐ Antibiotika
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Jod
- ☐ Latex (z.B. in Gummihandschuhen)
- ☐ Metalle

oder _____

- ☐ Allergiepass vorhanden

Immunschwäche:

- ☐ Einnahme von Cortison
- ☐ Zustand nach Organtransplantation
- ☐ AIDS, HIV
- ☐ Bestrahlung, Chemotherapie
- ☐ Blutkrebs

oder _____

Andere Erkrankungen oder Behinderungen:

- ☐ Tumorerkrankungen, z.B. Brustkrebs, Prostatakrebs

oder _____

Weitere Angaben

- ☐ **Sind Sie schwanger?**

Welche Schwangerschaftswoche ?

- ☐ **Rauchen Sie?**

Wie viel durchschnittlich pro Tag?

- ☐ Haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?
Vor wie viel Monaten/Jahren?

- ☐ **Trinken Sie gelegentlich Alkohol?**

- ☐ Regelmäßig? Wie viel?

- ☐ **Gerinnungshemmende Medikamente**

Dauerhaft oder in den letzten Tagen, z.B.

- ☐ Aspirin®/ASS® ☐ Brilique®/Ticagrelor
- ☐ Marcumar®/Falithrom®/Phenprocoumon
- ☐ Plavix®/Iscover®/Clopidogrel ☐ Ticlopidin

oder _____

Mein Hausarzt ist (Name, Adresse): _____

Außerdem bin ich derzeit beim Facharzt für _____ in Behandlung

(Name, Adresse): _____

Regelmäßige Medikamente

- ☐ Blutdruckmedikamente
- ☐ Herzmedikamente
- ☐ Schmerzmittel
- ☐ Rheumamittel
- ☐ Psychopharmaka
- ☐ „Antibabypille“
- ☐ Antidiabetika

welche _____

- ☐ **Antibiotika in den letzten 3 Monaten**

- ☐ **ständige ärztliche Behandlung**

weshalb _____

letzte zahnärztliche Untersuchung

wann _____

- ☐ **ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen, z.B. bei**

- ☐ Spritzen
- ☐ Medikamenten

welche _____

Auffälligkeiten im Mund/Zahn-Bereich

- ☐ temperaturempfindliche Zähne
- ☐ Zahnfleischbluten
- ☐ Stellungsveränderungen der Zähne
- ☐ Zahnsperre in der Vergangenheit
- ☐ häufig durch den Mund atmen
- ☐ Zahnverluste durch Karies
- ☐ Zahnverluste durch Zahnlockerung

oder _____

- ☐ Zahnarztbesuch wegen Zahnlockerung /
Zahnfleischbeschwerden

welche Behandlung _____

- ☐ „Parodontose“-Behandlung durchgeführt
wann _____

Die obigen Angaben entsprechen meinem Kenntnisstand.

Datum _____

Unterschrift _____

Vom Arzt auszufüllen. Insbesondere wurden folgende Punkte besprochen: _____



MIP Pharma GmbH
Wir tun alles für Ihre Gesundheit