



**Gesundheitsfragen**

- |                      |                             |                               |                         |                             |                               |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher Blutdruck      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Epilepsie               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Diabetes                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Endokarditis         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenfehler    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Nierenerkrankung        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Osteoporose             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrillmacher    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Glaukom/grüner Star     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzoperation/Stents | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Blutgerinnungsstörung   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzpass vorliegend  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Strahlentherapie (Kopf) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

weitere Erkankungen: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

**Infektionskrankheiten**

- |               |                             |                               |
|---------------|-----------------------------|-------------------------------|
| HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hepatitis     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

andere Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_

**Allergien**

- |                 |                             |                               |                  |       |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------|-------|
| Schmerzmittel   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche? | _____ |
| Lokalanästhesie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche? | _____ |
| Antibiotika     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, welche? | _____ |
| Latex           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                  |       |

andere Allergien: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein/ liegt ein Medikamentenplan vor?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- |                       |                             |                               |                            |                                    |                                     |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Bisphosphonattherapie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja:                   | <input type="checkbox"/> Tabletten | <input type="checkbox"/> intravenös |
| Raucher               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |                            |                                    |                                     |
| Schwangerschaft       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, in welchem Monat? | _____                              | Monat                               |

Ich habe die im Wartezimmer ausliegende „**Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung**“ gelesen und bin damit einverstanden.

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patient/-in oder gesetzliche/-r Vertreter/-in