

MEDIZINISCHE INFORMATION

Name _____ Vorname _____ geboren _____

- O ja O nein Hat sich Ihr gesundheitliches Befinden im Laufe des letzten Jahres verändert? _____
Wann sind Sie das letzte Mal ärztlich untersucht worden? _____
- O ja O nein Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre wegen schwerer Krankheit oder notwendigem operativem Eingriff in einem Hospital?
O ja O nein Für weibliche Patienten: Sind Sie schwanger? **Wir bitten um Mitteilung, falls während des Behandlungszeitraums eine Schwangerschaft eintritt**

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen / Probleme?

- O ja O nein Rheumatisches Fieber, Rheumatische Herzerkrankung?
O ja O nein Herzklappenfehler?
O ja O nein Herzrhythmusstörungen, Herzattacke?
O ja O nein (1) Haben Sie Schmerzen über dem Brustkorb bei Anstrengung?
O ja O nein (2) Kommen Sie schnell außer Atem bei geringer Anstrengung?
O ja O nein (3) Werden Sie kurzatmig beim Hinlegen oder brauchen Sie zum Schlafen ein Extra-Kissen?
O ja O nein Schwellen Ihre Fußgelenke an?
O ja O nein Haben Sie einen Herzschrittmacher?
O ja O nein Hatten Sie eine Operation am Herzen?
O ja O nein Hoher Blutdruck?
O ja O nein Schlaganfall?
O ja O nein Ohnmachtsanfall?
O ja O nein Asthma?
O ja O nein Diabetes?
O ja O nein Leiden Sie unter einer Allergie? Wenn ja, welche

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie eine der folgenden Substanzen ein?

- O ja O nein Antibiotika oder Sulfonamide?
O ja O nein Antikoagulantien (blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcuma, Heparin)
O ja O nein Bluthochdrucksenkende Mittel?
O ja O nein Cortisone, Steroide?
O ja O nein Tranquillizer (Beruhigungsmittel)?
O ja O nein Dilatin?
O ja O nein Aspirin?
O ja O nein Antihistamine?
O ja O nein Insulin oder andere blutzuckerkontrollierende Präparate?
O ja O nein Nitroglycerin?
O ja O nein Nehmen Sie sonst noch andere Präparate ein, die bisher nicht aufgelistet waren?

Wenn ja, welche

Liegen allergische Reaktionen vor, bei

- O ja O nein Lokalanästhetika?
O ja O nein Penicillin oder anderen Antibiotika?
O ja O nein Sulfonamide?
O ja O nein Barbiturate, Sedativa („Schlaftabletten“)?
O ja O nein Aspirin?
O ja O nein Jod?
O ja O nein Sonstige: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. **Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit**

Ort/Datum _____ Unterschrift des Patienten/-in _____

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung bzw. nach einer Lokalanästhesie und/oder Medikamentengaben eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ort/Datum _____ Unterschrift des Patienten/-in _____