

## 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

- O ja O nein Lebererkrankung (Hepatitis)?  
O ja O nein Schilddrüsenerkrankung?  
O ja O nein Arthritis (entzündliche Gelenkerkrankung)?  
O ja O nein Rheuma?  
O ja O nein Magengeschwür?  
O ja O nein Nierenerkrankung, Dialyse  
O ja O nein Tuberkulose?  
O ja O nein Haben Sie persistierenden Husten?  
O ja O nein Sind Sie vollkommen frei von gemütsverändernden Agentien (Alkohol, Drogen, Pharmaka)?  
O ja O nein Jakob-Kreutzfeld diagnostiziert? (Variante?)  
O ja O nein Liegen bei Ihnen Wundheilungsstörungen vor?  
O ja O nein War bei Ihnen schon einmal eine Bluttransfusion notwendig?  
O ja O nein Leiden Sie unter einer Bluterkrankung, wie Anämie, Leukämie o..ä.?  
O ja O nein Leiden Sie unter einer Augenerkrankung (z.B. Glaukom)?  
O ja O nein Wurde bei Ihnen schon einmal eine tumorbedingte Bestrahlung durchgeführt?  
O ja O nein Gibt es sonstige Angaben zu Ihrem allgemeinem Gesundheitszustand, die Sie uns gerne mitteilen möchten?

### 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 \_\_\_\_\_