

# Angaben zum Gesundheitszustand - Ärztliche Anamnese -

**Krankheiten, Allergien und Medikamenten-Unverträglichkeiten** aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte machen Sie nachfolgend genaue Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, damit wir Ihre Behandlung darauf abstimmen können. Falls vorhanden, bringen Sie bitte auch Ihren **Allergie-Pass** zu Ihrem ersten Termin mit. Falls Sie laufend oder zur Zeit **Medikamente** einnehmen, tragen Sie bitte auch diese unten ein. Vielen Dank!

**Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?**

- Medikamente zur Hemmung der Blutbildung: Wenn ja, welche?  Marcumar / Falithrom  ASS  .....
- ...
- Sonstige: .....

**Allergien:** .....

**Sind Sie Raucher?**  Ja  Nein Menge pro Tag: .....

**Für Patientinnen:** Sind Sie schwanger?  Ja  Nein Wenn ja, welcher Monat: .....

**Leiden oder erlitten Sie an folgenden Erkrankungen?**

- Niedriger Blutdruck
- Hoher Blutdruck
- Ohnmachtsneigung
- Durchblutungsstörungen
- Herzinsuffizienz/-fehler
- Endokartitis  
/Herzinnenhautentzündung
- Herzrhythmusstörungen
- Herzinfarkt
- Angina pectoris
- Schlaganfall
- Blutgerinnungsstörungen
- Osteoporose

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Asthma/Lungenkrankheit
- Nervenerkrankungen
- Depressionen/Psychosen
- Migräne
- Epilepsie
- Rheuma/Arthritis/Gicht
- Lebererkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Nierenerkrankungen
- Dialyse
- Grüner Star/ Glaukom
- Grauer Star

- Immunschwäche (HIV/AIDS)
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Tuberkulose
- Tumorerkrankungen  
(Bestrahlung, Chemotherapie)
- Geschlechtskrankheiten
- Hautkrankheiten
- Nasennebenhöhlenerkrankung
- Röteln, Mumps, Masern,  
Scharlach
- regelmäßiger Alkoholkonsum
- regelmäßiger Drogenkonsum
- ...

**Wer ist Ihr Hausarzt?** ..... Tel.-Nummer: .....

**Bei welchem der folgenden Fachärzte / Therapeuten sind Sie derzeit in Behandlung?**

- Internist
- Kardiologe
- Hals-Nasen-Ohren
- Augenarzt

- Orthopäde
- Physiotherapeut
- Gynäkologe
- Heilpraktiker

- Logopäde
- Reha-Klinik
- Schlaf-Klinik
- Kieferorthopäde

**Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:**

Wer ist der behandelnde Arzt? ..... Tel.-Nummer: .....

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

**Angabe zu Veränderungen meines allgemeinen Gesundheitszustandes**

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass mein/e Zahnarzt/Zahnärztin verpflichtet ist, in regelmäßigen Abständen allgemeine Fragen zu meiner Gesundheit zu hinterfragen. Für den Fall, dass sich zwischenzeitlich etwas an meinem Gesundheitszustand ändert, informiere ich meine/n Zahnärztin/Zahnarzt hierüber vor der nächsten Behandlung.

Ort / Datum: ..... Unterschrift: .....