



■ Anamnese

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Vorgeschichte:

J = Ja N = Nein

Persönliche Daten

Telefon (privat):

Telefon (mobil):

Hausarzt: _____

Beruf: _____

■ Pflegegrad

Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad?

J N

■ Tabakkonsum

Rauchen Sie? J N

■ Alkoholkonsum

Dürfen wir bei Ihnen eine alkoholhaltige Mundspülung verwenden? J N

■ Allergien

Leiden Sie an Allergien? J N

■ Krebserkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer Krebserkrankung? J N

Wurde bei Ihnen eine medikamentöse Chemotherapie durchgeführt? J N

Wurde bei Ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt? J N

Nehmen Sie Bisphosphonate? J N

■ Allgemein

Geschlecht: W M

Für Frauen:

Nehmen Sie Kontrazeptiva (Pille)?

J N

Könnten Sie schwanger sein? J N

Stillen Sie? J N

■ Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder zurzeit Medikamente ein (z. B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Psychopharmaka, Antidiabetika, frei käufliche Präparate)? J N

■ Gerinnungsstörungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Gerinnungsstörungen: Blaue Flecken/Nasenbluten? J N
Blutarmut (Anämie)? J N

■ **Behandlung**

Leiden Sie zurzeit an einer Infektion;
(z.B. Erkältung, Magen-Darm-
Infektion)? J N

Befanden Sie sich in letzter Zeit in
ärztlicher Behandlung? J N

■ **Stoffwechselerkrankungen**

Leiden oder litten Sie an einer der
folgenden Stoffwechselerkrankungen:

Diabetes mellitus? J N

Gicht/Porphyrrie? J N

Osteoporose? J N

Epilepsie? J N

■ **Frühere Operationen**

Kam es bei früheren Operationen zu
folgenden Komplikationen:

Verstärkte Blutungen? J N

Abszesse/Eiterungen/Fisteln? J N

■ **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

Leiden oder litten Sie an einer der
folgenden Herz-
/Kreislaufferkrankungen:

Herzschwäche (Herzinsuffizienz)? J
N

Herzfehler? J N

Angina pectoris (Brustschmerzen)?
J N

Herzinfarkt? J N

Herzmuskelentzündung? J N

■ **Infektionskrankheiten**

Leiden oder litten Sie an einer der
folgenden Infektionskrankheiten:

Hepatitis? J N

Tuberkulose (Tbc)? J N

HIV-positiv (AIDS)? J N

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit? J N

Andere Infektionskrankheiten? J N

■ **Schilddrüsenerkrankungen**

Leiden oder litten Sie an einer der
Schilddrüsenerkrankungen? J N

■ **Röntgenbilder**

Wann und in welchem Bereich wurde
bei Ihnen zuletzt ein Röntgenbild
angefertigt?

Verzögerte Heilung? J N

Verstärkte Narbenbildung? J N

Thrombosen/Embolien? J N

Sonstige Besonderheiten? J N

Durchblutungsstörungen? J N

Erhöhter Blutdruck? J N

Niedriger Blutdruck? J N

Krampfader (Varizen)? J N

Haben Sie einen Herzschrittmacher?
J N

Andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen?
J N

■ Beratungswünsche

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Lächeln? J N

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorbeugung vor Zahnerkrankungen (PZR) | <input type="checkbox"/> Komplettsanierung des Gebisses |
| <input type="checkbox"/> Bleaching | <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Behandlung der Parodontitis | <input type="checkbox"/> Entfernung der Weisheitszähne |
| <input type="checkbox"/> Ästhetische Korrekturen der Zähne (Veneers) | <input type="checkbox"/> Implantate |
| <input type="checkbox"/> Füllungstherapie (Mehrschichttechnik, Inlays) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
-

Datenschutz (gemäß Art. 9 Abs. 2 DSGVO)

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

- Ich willige ein.
 Ich willige nicht ein.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift