

Anamnese

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Fragen zum Gesundheitszustand

- 01.** Leiden Sie an **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein
- Zu hoher/zu niedriger Blutdruck Angina pectoris
- Herzinfarkt Schlaganfall
- Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)
- Besitzen Sie einen **Endokarditispass**? Ja Nein
-
- 02.** Leiden Sie an einer **Bluterkrankung**? Wenn ja, welche? Ja Nein
- Bluterkrankheit (Hämophilie) Blutarmut (Anämie)
- Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente** ein? Ja Nein
-
- 03.** Haben Sie **Allergien**? Wenn ja, welche? Ja Nein
- Asthma Andere:
- Reagieren Sie überempfindlich auf **Medikamente**? Wenn ja, auf welche? Ja Nein
-
- Besitzen Sie einen **Allergiepass**? Ja Nein
-
- 04.** Hatten Sie schon **Operationen**? Ja Nein
- Zum Beispiel für **Gelenkprothesen, Herzschrittmacher** oder andere **Implantate**?
- Welche?
-
- 05.** Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft**? Ja Nein
- Wenn ja, welche Woche?
-
- 06.** Leiden Sie an einer **Stoffwechselerkrankung** oder an **Infektionskrankheiten**? Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Diabetes (Zuckerkrankheit)
- HIV Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung)
-
- 07.** Hatten Sie jemals: Ja Nein
- Rheuma, Gelenkschwellungen? Chemotherapie? Weswegen?
- Organerkrankungen (Lunge, Leber, Niere etc.)?
- Tuberkulose? Bestrahlung? Wo?
- Eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche?
-
- 08.** Nehmen Sie regelmässig **Medikamente** ein? Ja Nein
- Wenn ja, welche?
-
-
- 09.** Nehmen Sie **antiresorptive Medikamente** ein (z. B. Bisphosphonate wegen Osteoporose)? Ja Nein
-
- 10. Rauchen** Sie oder haben Sie geraucht? Ja Nein
- Was? Wie viel?

