

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

um für Ihre zahnärztliche Behandlung geeignete Medikamente und Behandlungsverfahren bestmöglich auswählen zu können, bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen zur allgemeinen gesundheitlichen Vorgeschichte (Anamnese). Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten können Sie uns gern ansprechen.

Vielen Dank  
Cora Ludewig, Zahnärztin

Vorname	Name	Geburtsdatum
_____ _____	_____ _____	_____ _____ ____
Straße/Nr.	PLZ/Ort	Tel. Nr.
_____ _____	_____ _____	_____ _____ ____
Ihr Hausarzt oder Facharzt	zahnärztliche Zusatzversicherung ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	

### Herz/Kreislauf

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzschwäche
- Herzfehler
- Herzmuskelentzündung
- Herzklappenentzündung
- Künstliche Herzklappe
- Rhythmusstörungen
- Herzschriltmacher
- Ohnmachtsanfälle

\_\_\_\_\_

### Gefäße

- Schlaganfall wann \_\_\_\_\_
- Thrombosen
- Durchblutungsstörungen
- Krampfadern
- Embolie

\_\_\_\_\_

### Atemwege/Lunge

- Chronische Bronchitis, COPD
- Lungenentzündung
- Tuberkulose
- Asthma
- Allergisches Asthma
- Reizhusten
- Lungenemphysem
- Schlafapnoe
- Schnarchen

\_\_\_\_\_

### Augen

- Grüner Star
- Grauer Star
- Starke Einschränkung der Sehkraft
- Blindheit

\_\_\_\_\_

### Blut

- Gerinnungsstörungen
- Nachbluten bei Operationen
- Häufiges Nasenbluten
- Blaue Flecken auch ohne Verletzungen
- bzw. nach leichten Berührungen
- Blutverdünnende Medikamente
- Blutkrebs (Leukämie)
- Blutarmut, Anämie

\_\_\_\_\_

### Leber

- Fettleber
- Leberzirrhose
- Hepatitis A  B  C
- Gelbsucht
- Leberfunktionsstörungen
- Gallensteine

\_\_\_\_\_

### Magen/Darm

- Verdauungsstörungen
- Sodbrennen
- Refluxkrankheit
- Geschwüre

\_\_\_\_\_

### Skelettsystem Knochen

- Osteoporose
- Gelenkerkrankungen
- Rückenschmerzen
- Muskelerkrankungen
- Körperliche Behinderungen
- Rollstuhl/Rollator
- Künstliche Gelenke
- Muskelerkrankungen
- Fibromyalgie

\_\_\_\_\_

### Nieren

- Nierensteine
- Nierenentzündung
- Dialysepflicht
- Mo  Di  Mi  Do  Fr
- Sa  So

\_\_\_\_\_

### Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
- Diabetes mellitus Typ I
- Diabetes mellitus Typ II
- Schilddrüsenunterfunktion
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kropf

\_\_\_\_\_

### Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle Epilepsie
- Lähmungen
- Depressionen
- Angstzustände
- Geistige Behinderung
- Morbus Parkinson
- Demenz
- Stress

---

### Infektionen

- Grippe
- HIV
- Aphthen
- Herpes labiales
- Herpes zoster, Gürtelrose

---

### Andere Erkrankungen/Besonderheiten

- Tumorerkrankung
- Rheumatische Erkrankung
- Transplantationen

---

Allergie? Welche?

---

Medikamentenunverträglichkeit? Welche?

---

Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt (Infusion, Tabletten)? Wegen welcher Erkrankung?

---

Wann und mit welchen Präparaten?

---

## Regelmäßig einzunehmende Medikamente

Welche? (Sie können uns auch gern Ihre Medikamentenliste zum Kopieren geben)

---

---

---

### Alkohol

- nein
- gelegentlich
- häufig

### Drogen

Welche?

---

### Schwangerschaft

Welche Woche?

---

### Sonstiges

Allergien? Welche:

---

Medikamentenunverträglichkeit? Welche:

---

---

---

Im Rahmen einer Weiterbehandlung bin ich damit einverstanden, dass meine Röntgenbilder weiter geleitet werden. Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen Ihres Gesundheitszustandes mit!

  
\_\_\_\_\_

Datum

  
\_\_\_\_\_

Unterschrift