

Pat.-Nr.

Herr / Frau Name _____
 Adresse Strasse _____
 PLZ, Wohnort _____
 Geburtsdatum _____
 Beruf _____
 Hausarzt _____
 Empfohlen durch _____

Vorname _____
 Tel. Privat _____
 Tel. Geschäft _____
 Tel. Mobile _____
 E-Mail _____
 Krankenkasse _____

	Ja	Nein	Bemerkungen
1. Waren Sie in den letzten Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung?			
2. Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig irgendwelche Medikamente ein?			⇒ Bitte benützen Sie die Tabelle auf der Rückseite
3. Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? (z.B. Marcoumar, Xarelto, Aspirin Cardio)			
4. Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Injektionen, Speisen oder Medikamente?			

Haben oder hatten Sie:

5. Schwierigkeiten mit langem Bluten?			
6. Herz- oder Kreislaufstörungen?			
7. zu hohen oder zu tiefen Blutdruck?			
8. Blutkrankheiten (Anämie, Hämophilie)?			
9. Zuckerkrankheit (Diabetes)?			
10. Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?			

Haben oder hatten Sie:

11. Magen- oder Darmerkrankungen?			
12. schweres Rheuma?			
13. Endokarditis, Herzinfarkt, Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe, Stent?			
14. Infektionskrankheiten wie Hepatitis (A B C), HIV oder Tuberkulose?			
15. Schilddrüsenerkrankung?			
16. Nieren- oder Lebererkrankung?			
17. Tumorbehandlung (Bestrahlung, Chemotherapie, Chirurgie)?			
18. Künstliche Gelenke?			
19. Epilepsie?			
20. eine andere ernsthafte Erkrankung?			

21. Sind Sie Raucher?			
22. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?			
23. Haben Sie Anspruch auf Ergänzungsleistungen oder IV? Beziehen Sie Sozialhilfe?			
24. Würden Sie sich als Angstpatienten bezeichnen?			

25. Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, Informationen bei meinem behandelnden Arzt einzuholen, wenn mein Krankheitszustand die zahnärztliche Behandlung beeinflussen kann.			
---	--	--	--

Medikamentenliste

Medikament	Dosierung	Bemerkungen