



## SEHR GEEHRTE PATIENTEN,

bevor wir auf Ihre medizinischen und zahnmedizinischen Anliegen eingehen können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn viele Erkrankungen können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Daher bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig zu lesen und auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen Ihrer eigenen Sicherheit.

### PATIENT

Name ..... Vorname ..... geb. am .....

Straße ..... Ort ..... Tel. ....

Handy ..... E-Mail .....

Hauptversicherter  Frau  Herr

Name ..... Vorname ..... geb. am .....

Krankenversicherung / Geschäftsstelle .....

Zutreffendes bitte ankreuzen  privat  gesetzlich  Beihilfe  Zahnzusatzversicherung  Elektronische Patientenakte

### HAUSARZT

Name .....

Ort .....

### ZAHNARZT

Name .....

Ort .....

### ÜBERWEISENDER ARZT

Name .....

Ort .....

### BESTEHT ODER BESTAND BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN KRANKHEITEN?

Herz- / Kreislaufkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rhythmusstörung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzoperationen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Klappenersatz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Gefäßerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wann? .....		Angina pectoris	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Herzschritmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Haben Sie einen Herzpass?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Erkrankungen des Blutes / Leukämie	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....	
Blutungsneigung / Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	.....	

Allergien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Allergiepass	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	ausgestellt durch .....	
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Penicillinunverträglichkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Sonstige Allergien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	▶ Wenn ja, welche? .....	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	▶ Typ .....	
Diabetes-Medikamente	.....		

Bitte wenden ▶



<b>Infektionskrankheiten</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
HIV / AIDS	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Hepatitis / Gelbsucht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
<b>Andere Erkrankungen</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Lungenkrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Hoher Augendruck (Grüner Star)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Rheumatische Erkrankung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Bestrahlung Kopf / Hals	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....

## WEITERE FRAGEN

Frühere wichtige Operationen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> keine	.....
Letzte Röntgenaufnahmen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> keine	.....
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	▶ im ..... Monat
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente wie ...	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
... Clopidogrel (Plavix®)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
... Marcumar®?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
... ASS (Aspirin®)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Sonstige?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Nehmen Sie Bisphosphonate / Neoangio- genesehemmer (Alendronat, Zometa®, XGeva®) oder andere?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	.....
Nehmen Sie sonstige Medikamente?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	▶ folgende .....

Welche Beschwerden haben Sie (seit wann)?

.....

.....

## SEHR GEEHRTE PATIENTEN,

wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und Ihre Angaben und möchten Sie darauf hinweisen, dass nach Verabreichung einer lokalen Betäubung mit einem Lokalanästhetikum Ihre Reaktionsfähigkeit und Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Wir empfehlen Ihnen deshalb, für 24 Stunden nach der Behandlung nicht aktiv am Straßenverkehr teilzunehmen. Des Weiteren wird bei jeder Betäubung das Lokalanästhetikum in die Nähe des Nerven, der die Zähne mit Gefühl versorgt, gespritzt. Ganz selten (in etwa einem von 60.000 Fällen) kann der Nerv (auch Zungennerv) einen bleibenden Schaden davontragen.

Wir möchten Sie außerdem darauf hinweisen, dass wir ggf. Fotografien sowie Daten zu Person und Krankheitsgeschichte in anonymisierter Form für Weiterbildungen, wissenschaftliche Zwecke oder Publikationen verwenden.

Vor einem erforderlichen operativen Eingriff wird möglicherweise eine Untersuchung auf Hepatitis / Gelbsucht oder HIV veranlasst.

Sollten Sie mit der Weiterverwendung anonymisierter Daten und Fotografien oder der Untersuchung auf Hepatitis / HIV nicht einverstanden sein, bitten wir Sie, uns dies vor Beginn Ihrer Behandlung mitzuteilen.

Über die Verarbeitung meiner Daten wurde ich anhand eines Merkblattes informiert.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme der oben stehenden Hinweise.

Datum .....

Unterschrift .....

Bitte senden Sie uns Ihren ausgefüllten Anamnesebogen wenn möglich an [roentgen@mkg-woerth.de](mailto:roentgen@mkg-woerth.de)