

- | | | |
|--|----|------|
| 7. Haben Sie eine | | |
| – Penicillinallergie? | Ja | Nein |
| – Jodallergie? | Ja | Nein |
| – Latexallergie? | Ja | Nein |
| 8. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche?..... | | |
| | | |
| – Angeborener oder erworbener Herzfehler? | Ja | Nein |
| – Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese? | Ja | Nein |
| – Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)? | Ja | Nein |
| – Herzoperationen? | Ja | Nein |
| – Haben Sie einen Herzschrittmacher? | Ja | Nein |
| 9. Leiden oder litten Sie an nachfolgenden Krankheiten? | | |
| – Infektionskrankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, Aids)? | Ja | Nein |
| – Lebererkrankungen? | Ja | Nein |
| – Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris)? | Ja | Nein |
| – Zu hoher Blutdruck? | Ja | Nein |
| – Zu niedriger Blutdruck? | Ja | Nein |
| – Schlaganfall? | Ja | Nein |
| – Nierenerkrankungen? | Ja | Nein |
| – Diabetes? | Ja | Nein |
| – Magen-Darmerkrankung? | Ja | Nein |
| – Schilddrüsenerkrankung? | Ja | Nein |
| – Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? | Ja | Nein |
| – Asthma/ Lungenerkrankungen? | Ja | Nein |
| – Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? | Ja | Nein |
| – Nervenerkrankungen? | Ja | Nein |
| – Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? | Ja | Nein |
| – Sonstige Erkrankungen? | Ja | Nein |
| Wenn ja, welche? | | |
| | | |
| 10. Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? | Ja | Nein |
| Wenn ja, in welchem Körperbereich? | | |
| | | |
| 11. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? | Ja | Nein |
| 12. Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? | Ja | Nein |
| 13. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? | Ja | Nein |

14. Ist bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem
Allgemeinleiden durchgeführt worden? Ja Nein

15. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden?
In welchem Körperbereich?

16. **Bei Frauen:**
Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein
Wenn ja, in welchem Monat?.....

17. Name und Anschrift des **Hausarztes**:.....
.....

18. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden,
Routinekontrolle
etc.)?.....

19. Haben Sie besondere Wünsche bzgl. der Behandlung, Terminierung etc., die Sie uns mitteilen
möchten?

20. Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:

- **Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!**

.....
Ort, Datum **Unterschrift des Patienten**

#####

Aktualisierung des Anamnesebogens:

Nach Durchsicht und Prüfung bestätige ich, dass die vorangegangenen Angaben heute noch aktuell
sind

.....
Ort, Datum **Unterschrift des Patienten**
