

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

bei Ihnen ist eine zahnmedizinische Untersuchung/Maßnahme geplant. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten, damit wir etwaigen Risiken besser vorbeugen können.

Bitte legen Sie auch Unterlagen wie z.B. Ausweise/Pässe (Allergie, Röntgen, Implantate etc.), Befunde, Medikamentenpläne und Bilder, soweit vorhanden, vor.

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und unterstreichen bzw. ergänzen Sie die folgenden Fragen. Bei Bedarf helfen wir Ihnen gerne beim Ausfüllen. Für Sorgeberechtigte, Betreuer, Bevollmächtigte: Bitte beantworten Sie alle Fragen aus der Sicht des Patienten.

Alter: \_\_\_\_\_, Größe: \_\_\_\_\_, Gewicht: \_\_\_\_\_, Geschlecht: \_\_\_\_\_

Allgemeine Fragen:

Rauchen Sie?

ja  nein

Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?

ja  nein

Wenn ja, bitte angeben:

\_\_\_\_\_

1. Werden regelmäßig oder zurzeit Medikamente eingenommen?

ja  nein

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Werden oder wurden Medikamente eingenommen, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (z.B. Bisphosphonate, monoklonale Antikörper)?

ja  nein

Wenn ja, welche/seit wann?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Haben Sie eine Allergie?

ja  nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

**Bitte Allergiepass vorlegen!**

4. Besteht eine erhöhte Blutungsneigung, welche sich zum Beispiel in häufigem Nasen- oder Zahnfleischbluten, blauen Flecken oder Nachblutungen äußert?

ja  nein

5. Gibt es in Ihrer Familie eine erhöhte Blutungsneigung?

ja  nein

6. Besteht/ bestand eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose)?

ja  nein

7. Liegt bei Ihnen eine Herz-Kreislauf- Erkrankung vor (z.B. koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung, Angina pectoris, KLaappenfehler)?

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

---

8. Hatten Sie eine Endokarditis?

ja  nein

9. Besteht oder bestand eine Schilddrüsenerkrankung?

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

---

10. Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes, Gicht)?

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

---

11. Lag bei Ihnen ein Gefäßverschluss durch ein Blutgerinnsel vor (z.B. Thrombose, Embolie)?

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

---

12. Liegt eine Erkrankung des Nervensystems vor (Epilepsie, Schmerzen, Sensibilitätsstörung, Multiple Sklerose)?

ja  nein Wenn ja, welche:

---

---

13. Liegt bei Ihnen eine Augenerkrankung vor (z.B. Glaukom, Katarakt)?

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

14. Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung?

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

---

15. Bestehen weitere Erkrankungen?

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

---

16. Befinden sich Implantate im Körper (z.B. künstliche Herzklappe, Defibrillator, Herzschrittmacher, Stent)?

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

---

17. Wurde bei Ihnen vom Zahnarzt bereits eine örtliche Betäubung durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja, gab es Komplikationen?

---

---

18. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

ja  nein

19. Stillen Sie?

ja  nein

## Erklärung Patient:in

Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift Patient:in)

---

(Unterschrift Betreuer:in/ Sorgeberechtigte)