

**Zahnarztpraxis Dr. Minderjahn
Stolberg**

Herz-Kreislauf-Erkrankungen nein ja _____

Herzinfarkt	ja	wann? _____
Herzschwäche	ja	
Angina pectoris	ja	
Herzrhythmusstörung	ja	
niedriger Blutdruck (Hypotonie)	ja	
hoher Blutdruck (Hypertonie)	ja	
Herzklappenerkrankung	ja	
Herzplappenersatz	ja	
Herzschrittmacher	ja	

Infektionskrankheiten nein ja, welche? _____

Gelbsucht (Hepatitis)	ja
HIV, AIDS	ja
Tuberkulose	ja

Orthopädische Erkrankung nein ja, welche? _____

HWS- Syndrom	ja
Künstliches Gelenk	ja
Osteoporose	ja

Tumorerkrankung nein ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? nein ja, in welcher Woche? _____ ungewiß

C. Medikamente:

Welche Medikamente nehmen Sie ein, regelmäßig oder vorübergehend?

Name und Anschrift Ihres Hausarztes, den wir bei Bedarf konsultieren können.

D. Spezielle Angaben zur Zahngesundheit:

Schmerzt ein Zahn oder ein Kiefer?	nein	ja
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	nein	ja
Haben Sie Kopf-/ Nackenschmerzen?	nein	ja
Sind Zähne locker?	nein	ja
Sie sind Raucher?	nein	ja
Haben Sie in der letzten Zeit Stress?	nein	ja
Sind Sie ängstlich?	nein	ja

E. Allgemeine Angaben zur Behandlung

Legen Sie Wert auf eine Betäubung?	nein	ja
Sollen wir Behandlungsschritte erklären?	nein	ja

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? Monat/ Jahr _____

Wann war die letzte Zahnarztbehandlung? Monat/ Jahr _____

Die Vollständigkeit und Richtigkeit bestätige ich mit meiner Unterschrift!

Datum: _____

Name: _____