

Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand

Die von Ihnen auf diesem Blatt erbetenen Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand sollen Ihrem Zahnarzt/Ihrer Zahnärztin helfen, mögliche Behandlungszwischenfälle zu vermeiden. Die Beantwortung der Fragen liegt deshalb in Ihrem eigenen Interesse. **Alle Angaben von Ihnen erfolgen freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Zahnärztliche Behandlungseinrichtung (Stempel)
Zahnarztgruppe
Werner-Heisenberg-Weg 39
85579 Neubiberg
Tel.: 089/6004-4988

Sollten Sie nicht alle Fragen beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte im persönlichen Gespräch mit dem Zahnarzt/der Zahnärztin

| | | |
|---------------------------|----------------|------------------------------|
| Dienstgrad, Vorname, Name | Personalnummer | Personenkennziffer |
| Einheit/Dienststelle | Diensteintritt | Voraussichtl. Dienstzeitende |

Status

- Berufssoldat/
Berufssoldatin
 Soldat auf Zeit/
Soldatin auf Zeit
 Freiwilligen Wehrdienst
Leistender/Freiwilligen
Wehrdienst Leistende
 Reservistendienst Leistender/
Reservistendienst Leistende

Grund des Zahnarztbesuches

- Kontrolluntersuchung
 Zahnschmerzen
 Zahnfleischbluten
 andere Gründe

Allgemeiner Gesundheitszustand

1. Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

TelNr: _____

- Nein Ja, bitte angeben

E-Mail: _____

2. Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?

- Nein Ja, bitte angeben

3. Sind Sie überempfindlich (allergisch) gegen bestimmte Stoffe oder Medikamente (z.B. Penicillin)?

- Nein Ja, bitte angeben

4. Sind bei Ihnen einmal Zwischenfälle während oder nach einer Zahnbehandlung aufgetreten?

- Nein Ja: Ohnmacht Krämpfe andere Zwischenfälle

5. Haben oder hatten Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?

- Nein Ja: Kreislaufbeschwerden hoher/niedriger Blutdruck Durchblutungsstörungen Herzrhythmusstörungen Herzinfarkt/Schlaganfall

6. Haben oder hatten Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?

- Nein Ja: Lebererkrankung/Gelbsucht Zuckerkrankheit/Diabetes Lungenerkrankung Krampfleiden/Epilepsie Rheuma andere Erkrankungen

7. Ist bei Ihnen schon einmal eine Blutuntersuchung wegen des Verdachts auf eine Lebererkrankung (Hepatitis) oder eine erworbene Immunschwäche (AIDS) vorgenommen worden?

- Nein Ja

8. Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie Blutungsneigungen oder Blutgerinnungsstörungen bekannt?

- Nein Ja

9. Neigen Sie selbst zu anhaltenden Nachblutungen nach Schnittverletzungen oder Zahntentfernungen?

- Nein Ja

10. Nehmen oder nahmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar)?

- Nein Ja

11. Wurden Sie schon einmal im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich geröntgt?

- Nein Ja, zuletzt am:

12. Nur für Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

- Nein Ja

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten/der Patientin

Neubiberg,

13. Rauer: ja/nein

seit wann:

wie viel: