

# 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 Behandlungs-  
 Einrichtung (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:  Kreislaufbe-  
schwerden  hoher/niedriger  
Blutdruck  Durchblutungs-  
störungen  Herzrhythmus-  
störungen  Herzinfarkt/  
Schlaganfall

6. Haben oder hatten Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?

- Nein  Ja:  Lebererkran-  
kung/Gelbsucht  Zuckerkrank-  
heit/Diabetes  Lungener-  
krankung  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. Raucher: ja                      nein  
seit wann:  
wie viel: