

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Vorname des Patienten _____ Nachname des Patienten _____ Alter _____

Name des allgemeinen Arztes/Facharzt _____

Letzte ärztliche Untersuchung _____ Grund _____

Wie schätzen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein? Ausgezeichnet Gut Mittelmäßig Schlecht

HABEN/ERHALTEN SIE DERZEIT oder HATTEN/ERHIELTEN SIE IN DER VERGANGENHEIT:

JA NEIN

JA NEIN

1. Krankenhausaufenthalt wegen Krankheit oder Verletzung _____
2. Allergische Reaktion auf
 - Aspirin, Ibuprofen, Paracetamol, Codein
 - Penicillin
 - Erythromycin
 - Tetracyclin
 - Sulfonamide
 - Lokalanästhetikum
 - Fluorid
 - Chlorhexidin (CHX)
 - Metalle (Nickel, Gold, Silber, _____)
 - Latex _____
 - Nüsse _____
 - Früchte _____
 - Milch _____
 - Rote Farbe _____
 - Sonstiges _____
3. Herzprobleme oder kardialen Stent innerhalb der vergangenen sechs Monate _____
4. Vorgeschichte einer infektiösen Endokarditis _____
5. Künstliche Herzklappe, reparierten Herzdefekt (PFO) _____
6. Herzschrittmacher oder implantierten Defibrillator _____
7. Orthopädisches oder Weichgewebsimplantat (z.B. Gelenkersatz, Brustimplantate) _____
8. Rheumatisches Fieber oder Scharlach _____
9. Hohen oder niedrigen Blutdruck _____
10. Schlaganfall (Einnahme von Blutverdünnern) _____
11. Anämie oder andere Blutkrankheit _____
12. Verlängerte Blutungszeit bei einer kleinen Verletzung (INR > 3,5) _____
13. Lungenentzündung, Emphysem, Kurzatmigkeit, Sarkoidose _____
14. chronische Mittelohrentzündung, Tuberkulose, Masern, Windpocken _____
15. Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, COPD, chronische Nasen- oder Nasennebenhöhlenentzündung) _____
16. Atem- oder Schlafprobleme (z. B. Schlafapnoe, Schnarchen, Schlafstörungen, unruhiger Schlaf, Bettränen) _____
17. Nierenkrankheit _____
18. Leberkrankheit _____
19. Schwindel (z.B. Drehschwindel) _____
20. Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenenerkrankung oder Kalziummangel _____
21. Hormonmangel (z.B. Polyzystisches Ovarsyndrom) _____
22. Hohen Cholesterinspiegel oder Einnahme von Statinen _____
23. Diabetes (HbA1c = _____)
24. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür _____
25. Verdauungsprobleme oder Essstörung (z. B. Zöliakie, Sodbrennen, Bulimie).

26. Osteoporose/Osteopenie (Einnahme von Bisphosphonaten) _____
27. Arthritis oder Gicht _____
28. Autoimmunkrankheit (z. B. rheumatoide Arthritis, Lupus, Sklerodermie) _____
29. Glaukom _____
30. Kontaktlinsen _____
31. Kopf- oder Nackenverletzungen _____
32. Epilepsie, Schüttelanfälle (Krämpfe) _____
33. Neurologische Störungen (ADS/ADHS, Prionenerkrankung) _____
34. Virale Infektionen und Lippenherpes _____
35. Geschwüre oder Schwellungen im Mund _____
36. Nesselsucht, Hautausschlag, Heuschnupfen _____
37. Sexuell übertragbare Infektionen oder Krankheiten/humane Papillomviren _____
38. Hepatitis (Typ _____)
39. HIV/AIDS _____
40. Tumor, abnorme Wucherung _____
41. Bestrahlungstherapie _____
42. Chemotherapie, Immunsuppressiva _____
43. Emotionale Schwierigkeiten _____
44. Psychiatrische Behandlung _____
45. Antidepressiva _____
46. Alkohol-/Drogenkonsum _____

WEITERE ANGABEN:

47. Sind Sie derzeit aufgrund einer anderen Erkrankung in Behandlung? _____
48. Ist Ihnen in den vergangenen 24 Stunden eine Veränderung Ihres Gesundheitszustandes aufgefallen? (z. B. Fieber, Schüttelfrost, neu auftretender Husten oder Durchfall) _____
49. Nehmen Sie Medikamente zur Gewichtskontrolle ein? _____
50. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? _____
51. Fühlen Sie sich oft erschöpft oder müde? _____
52. Leiden Sie unter regelmäßig auftretenden Kopfschmerzen? _____
53. Rauchen Sie derzeit, haben Sie früher geraucht oder verwenden Sie rauchlose Tabakprodukte? _____
54. Sind Sie sehr empfindlich/sensibel? _____
55. Sind Sie oft unglücklich oder deprimiert? _____
56. WEIBLICH – Nehmen Sie Empfängnisverhütungsmittel ein? _____
57. WEIBLICH – Sind Sie schwanger? _____
58. MÄNNLICH – Haben Sie eine Prostatastörung? _____

Nennen Sie eine derzeitige medizinische Behandlung, bevorstehende Operation, genetische/entwicklungsbedingte Verzögerung oder sonstige Behandlung, die möglicherweise Auswirkungen auf Ihre zahnmedizinische Behandlung haben könnte. (i.e. Botox-, Kollageninjektionen)

Führen Sie alle Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder Vitaminpräparate auf, die Sie innerhalb der vergangenen zwei Jahre eingenommen haben.

Präparat	Grund	Präparat	Grund
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

BITTE INFORMIEREN SIE UNS ÜBER ALLE ZUKÜNFTIGEN ÄNDERUNGEN IHRER MEDIZINISCHEN VORGESCHICHTE UND ALLE MEDIKAMENTE, DIE SIE EINNEHMEN.

Unterschrift des Patienten _____ Datum _____

Unterschrift des Arztes _____ Datum _____