Zahnärztehaus Buchholz

Mit folgenden Fragen wollen wir mögliche Risiken für einen operativen Eingriff erfassen und damit ein Höchstmaß an Sicherheit erreichen.

Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen leiden oder litten?
Bitte zutreffende Erkrankungen unterstreichen!!!!!!!

Herzerkrankungen **o Ja** **o Nein**
z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündungen, Herzrhythmusstörungen, Bypass, Stent, Herzschrittmacher, Herzklappenfehler oder _____

Kreislauf- oder Gefäßkrankheiten **o Ja** **o Nein**
z. B. zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombose, Schwindel oder _____

Lungen- und Atemwegserkrankungen **o Ja** **o Nein**
z. B. chronische Bronchitis, chronischer Husten, Tuberkulose, Asthma oder _____

Erkrankungen des Skelettsystems **o Ja** **o Nein**
z. B. Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankungen, Bandscheibenvorfall, Rheuma, Osteoporose

Magen- Darmbeschwerden **o Ja** **o Nein**
z. B. Sodbrennen, Verstopfung, Blähungen oder _____

Nierenerkrankungen **o Ja** **o Nein**
z. B. Nierenentzündung, Nierensteine, Dialyse oder _____

Lebererkrankungen **o Ja** **o Nein**
z. B. Hepatitis A, B oder C, Gelbsucht, oder _____

Stoffwechselerkrankungen **o Ja** **o Nein**
z. B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselstörungen, Kropf, Schilddrüse oder _____

verstärkte Blutungen **o Ja** **o Nein**
z. B. Nach Zahnentfernungen, Blutgerinnungsstörung oder _____

Wurden Sie wegen Gemütsleiden ärztlich behandelt? **o Ja** **o Nein**
z. B. Depression oder _____

Nervenleiden **o Ja** **o Nein**
z. B. Epilepsie oder _____

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? **o Ja** **o Nein**
Wenn ja, bei wem und weswegen: _____

Nehmen Sie oder nahmen Sie früher Drogen? **o Ja** **o Nein**
Wenn ja, welche? _____

Allergien und Infektionen **o Ja** **o Nein**
z. B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Medikamente, Pflaster, HIV usw.
Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie regelmäßig? ca. ..... Tag **o Ja** **o Nein**

Trinken Sie täglich Alkohol? **o Ja** **o Nein**

Wurde bei Ihnen eine Bestrahlung oder Chemotherapie durchgeführt? **o Ja** **o Nein**
Wenn ja, weswegen? _____

Besteht eine Schwangerschaft? **o Ja** **o Nein**

Frühere Operationen? **o Ja** **o Nein**
Geben Sie bitte die **wichtigsten** Operationen an _____

Ist eine Pflegestufe vorhanden? Wenn ja welche ? _____ **o Ja** **o Nein**

Nehmen Sie Medikamente ein? **o Ja** **o Nein**
Wenn ja, welche? _____

_____
Datum, Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter