

ANAMNESE ZU VORERKRANKUNGEN

Haben Sie anhaltende Schmerzen? Seit wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Herz- und/ oder Kreislaufbeschwerden (Rhythmusstörung, Infarkt, Schlaganfall etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher, ein Organtransplantat oder einen Herzpass?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Bluterkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Gerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie einen Blutverdünner ein (ASS, Xarelto, Eliquis, Marcumar, Heparin)? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Ohnmachtsneigung, niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeiten (generelle Überempfindlichkeiten)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Asthma?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Zuckerkrankheit (Diabetes Mellitus)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Magen-, Darmerkrankung? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine HIV Infektion, Tuberkulose oder sonstige chronische Infektionskrankheiten? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie sonstige Krankheiten (Leber, Niere, Zentrales Nervensystem) wegen der Sie in ärztlicher Behandlung sind? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist eine Infektion mit MRSA bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Diagnose für Glaukom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie zur Blutwäsche/Dialyse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? Bitte Medikamentenplan vorlegen!	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie mit Bisphosphonaten/Denosumab (Medikamente bei Knochenmetastasen oder Osteoporose) behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Drogen (inkl. Alkohol und Cannabis)? Lag ein Konsum in den letzten 2 Wochen vor? Wenn ja, wann zuletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bekannte Zahnfleischerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurden Sie in den letzten 12 Monaten geröntgt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ergänzungen:	

HINWEIS: Unsere Patienteninformation zum Datenschutz mit Kontaktdaten liegt/hängt in den Wartezimmern und an den Anmeldungen aus!



ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT für die Weitergabe von Unterlagen an die/den weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt

Hiermit entbinde ich _____, geb. am _____,

wohnhaft in _____,

die Ärzte der Gemeinschaftspraxis MKG Solitude

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen und ärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle, etc.) an die weiterbehandelnden Zahnärztinnen/ Zahnärzte und Ärztinnen und Ärzte, übersandt werden.

Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass meine Zahnärztinnen/ Zahnärzte und Ärztinnen und Ärzte der/dem oben genannten weiterbehandelnde Zahnärztinnen/ Zahnärzte und Ärztinnen und Ärzte auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt.

Ludwigsburg, den

(Unterschrift Patient)