

# 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.**

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?	Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte angeben <input type="checkbox"/>
2. Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?	Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte angeben <input type="checkbox"/>
3. Sind Sie überempfindlich (allergisch) gegen bestimmte Stoffe oder Medikamente (z.B. Penicillin)?	Nein <input type="checkbox"/> Ja, bitte angeben <input type="checkbox"/>
4. Sind bei Ihnen einmal Zwischenfälle während oder nach einer Zahnbehandlung aufgetreten?	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Ohnmacht <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> andere Zwischenfälle
5. Haben oder hatten Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden <input type="checkbox"/> hoher/niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Schlaganfall
6. Haben oder hatten Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?	Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/Gelbsucht <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit/Diabetes <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung <input type="checkbox"/> Krampfleiden/Epilepsie <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen
7. Ist bei Ihnen schon einmal eine Blutuntersuchung <b>wegen des Verdachts</b> auf eine Lebererkrankung (Hepatitis) oder eine erworbene Immunschwäche (AIDS) vorgenommen worden?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
8. Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie Blutungsneigungen oder Blutgerinnungsstörungen bekannt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
9. Neigen Sie selbst zu anhaltenden Nachblutungen nach Schnittverletzungen oder Zahnentfernungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
10. Nehmen oder nahmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Marcumar)?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
11. Wurden Sie schon einmal im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich geröntgt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja, zuletzt am: <input type="checkbox"/>
12. Nur für Patientinnen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten/der Patientin