

Patientenerhebungsbogen für zahnärztlich-chirurgische Eingriffe

	ja	nein
Neigen Sie zur Ohnmacht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Probleme bei lokalen Betäubungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Herzerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Herzklappenersatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzoperationen/Herzschrittmacher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?		

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter:	ja	nein
- Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Durchblutungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Wenn ja, welche? _____		
- Knochenerkrankung (z. B. Osteoporose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Nervenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, andere)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wenn ja, welche? _____

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? ja nein

Empfohlen/überwiesen durch: _____

Schweinfurt, den _____ Unterschrift: _____