

Patientenname: \_\_\_\_\_ Patienten-ID: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**I. BITTE MARKIEREN SIE DIE RICHTIGE ANTWORT** (bitte frei lassen, wenn die Frage nicht verstanden wurde):

- |    |    |      |  |  |  |  |
|----|----|------|--|--|--|--|
| 1. | Ja | Nein | Ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand gut?  |  |  |  |
| 2. | Ja | Nein | Hat sich Ihr Gesundheitszustand im vergangenen Jahr verändert?   |  |  |  |
| 3. | Ja | Nein | Wurden Sie in den vergangenen drei Jahren stationär behandelt oder litten Sie an einer ernsthaften Erkrankung?<br>FALLS JA, weswegen? _____  |  |  |  |
| 4. | Ja | Nein | Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Für welche Krankheit? _____<br>Datum Ihrer letzten ärztlichen Untersuchung _____ Datum Ihrer letzten zahnärztlichen Untersuchung _____ |  |  |  |
| 5. | Ja | Nein | Hatten Sie Probleme mit vorherigen Zahnbehandlungen?   |  |  |  |
| 6. | Ja | Nein | Haben Sie zur Zeit Schmerzen?  |  |  |  |

**II. LEIDEN SIE MOMENTAN UNTER:**

- |     |    |      |  |     |    |      |                                     |
|-----|----|------|--|-----|----|------|-------------------------------------|
| 7.  | Ja | Nein | Schmerzen im Brustkorb (Angina)?                   | 18. | Ja | Nein | Schwindel?                          |
| 8.  | Ja | Nein | Geschwollenen Fußknöcheln/Knöchelödemen?           | 19. | Ja | Nein | Ohrenklingen?                       |
| 9.  | Ja | Nein | Kurzatmigkeit?                                     | 20. | Ja | Nein | Kopfschmerzen?                      |
| 10. | Ja | Nein | Plötzlichem Gewichtsverlust, Fieber, Nachtschweiß? | 21. | Ja | Nein | Ohnmachtsanfällen?                  |
| 11. | Ja | Nein | Anhaltendem Husten, Bluthusten?                    | 22. | Ja | Nein | Sehtrübung?                         |
| 12. | Ja | Nein | Blutungsproblemen, Neigung zu Blutergüssen?        | 23. | Ja | Nein | Epilepsie- oder ähnlichen Anfällen? |
| 13. | Ja | Nein | Nebenhöhlenentzündungen?                           | 24. | Ja | Nein | Vermehrtem Durst?                   |
| 14. | Ja | Nein | Schluckbeschwerden?                                | 25. | Ja | Nein | Häufigem Wasser lassen?             |
| 15. | Ja | Nein | Durchfall, Verstopfung, Blut im Stuhl?             | 26. | Ja | Nein | Trockenem Mund?                     |
| 16. | Ja | Nein | Häufigem Erbrechen, Übelkeit?                      | 27. | Ja | Nein | Gelbsucht?                          |
| 17. | Ja | Nein | Beschwerden beim Wasser lassen, Blut im Urin?      | 28. | Ja | Nein | Gelenkschmerzen, Steifheit?         |

**III. LEIDEN SIE ODER HABEN SIE IN DER VERGANGENHEIT UNTER EINER DER FOLGENDEN KRANKHEITEN GELITTEN:**

- |     |    |      |   |     |    |      |   |
|-----|----|------|---|-----|----|------|---|
| 29. | Ja | Nein | Herzerkrankung?   | 40. | Ja | Nein | AIDS?   |
| 30. | Ja | Nein | Herzinfarkt, Herzfehler?  | 41. | Ja | Nein | Tumore, Krebs?                                    |
| 31. | Ja | Nein | Herzgeräusche?  | 42. | Ja | Nein | Arthritis, Rheuma?                                |
| 32. | Ja | Nein | Rheumatisches Fieber?   | 43. | Ja | Nein | Augenerkrankungen?                                |
| 33. | Ja | Nein | Schlaganfall, Arteriosklerose?  | 44. | Ja | Nein | Hautkrankheiten?                                  |
| 34. | Ja | Nein | Bluthochdruck?  | 45. | Ja | Nein | Anämie?   |
| 35. | Ja | Nein | Asthma, TB, Emphysem, andere Lungenerkrankungen?                      | 46. | Ja | Nein | Geschlechtskrankheit<br>(Syphilis oder Gonorrhö)? |
| 36. | Ja | Nein | Hepatitis, andere Lebererkrankungen?                                  | 47. | Ja | Nein | Herpes?   |
| 37. | Ja | Nein | Magenprobleme, Geschwüre?   | 48. | Ja | Nein | Nieren-, Blasenerkrankung?                        |
| 38. | Ja | Nein | Allergisch gegen: Drogen, Lebensmittel, Arzneimittel, Latex?          | 49. | Ja | Nein | Schilddrüsen-, Nebennierenkrankheit?              |
| 39. | Ja | Nein | Familienkrankengeschichte<br>(Diabetes, Herz- und Tumorerkrankungen)? | 50. | Ja | Nein | Diabetes?   |

**IV. HABEN ODER HATTEN SIE:**

- |     |    |      |                              |     |    |      |                          |
|-----|----|------|------------------------------|-----|----|------|--------------------------|
| 51. | Ja | Nein | Psychiatrische Behandlungen? | 56. | Ja | Nein | Stationäre Behandlungen? |
| 52. | Ja | Nein | Strahlentherapie?            | 57. | Ja | Nein | Bluttransfusionen?       |
| 53. | Ja | Nein | Chemotherapie?               | 58. | Ja | Nein | Operationen?             |
| 54. | Ja | Nein | Herzklappenprothese?         | 59. | Ja | Nein | Herzschrittmacher?       |
| 55. | Ja | Nein | Künstliches Gelenk?          | 60. | Ja | Nein | Kontaktlinsen?           |

**V. NEHMEN SIE:**

- |     |    |      |  |     |    |      |                          |
|-----|----|------|--|-----|----|------|--------------------------|
| 61. | Ja | Nein | Recreational Drugs (Drogen)?   | 63. | Ja | Nein | Tabak in jeglicher Form? |
| 62. | Ja | Nein | Drogen, Medikamente, freiverkäufliche Arzneimittel<br>(einschließlich Aspirin), Naturheilmittel? | 64. | Ja | Nein | Alkohol?                 |

Bitte aufführen: \_\_\_\_\_

**VI. NUR FÜR PATIENTINNEN:**

- |     |    |      |  |     |    |      |                             |
|-----|----|------|--|-----|----|------|-----------------------------|
| 65. | Ja | Nein | Sind oder könnten Sie schwanger sein? Stillen Sie? | 66. | Ja | Nein | Nehmen Sie Anti-Konzeptiva? |
|-----|----|------|--|-----|----|------|-----------------------------|

**VII. ALLE PATIENTEN:**

- |     |    |      |   |
|-----|----|------|---|
| 67. | Ja | Nein | Leiden oder litten Sie an anderen Krankheiten oder medizinischen Problemen, die NICHT in diesem Formular aufgeführt sind? |
|-----|----|------|---|

Falls ja, bitte diese näher erläutern: \_\_\_\_\_

*Hiermit erkläre ich, dass die vorstehenden Angaben zu meinem Gesundheitszustand vollständig und korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten. Ich werde meinen Zahnarzt über eine etwaige Änderung meines Gesundheitszustandes und/oder Medikamente unterrichten.*

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**BESPRECHUNG:**

1. Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

2. Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

3. Unterschrift des Patienten \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

The Health History is created and maintained by the University of the Pacific School of Dentistry, San Francisco, California.

Support for the translation and dissemination of the Health Histories comes from MetLife Dental Care.