

Anamnese

Name & Vorname:

Geschlecht:

Alter:

Telefon:

1. Permanent Behandlung

- zum ersten Mal
- wiederholen (wann war das ersten Mal)

2. Haben Sie derzeit akute Virusinfektionen der Atemwege (z.B. Grippe)?

- nein ja
- Herpes, sonstige akute Erkrankungen?

3. Nehmen Sie derzeit Antibiotika oder Hormonale Arzneimittel ein?

- nein ja

4. Haben Sie allergische Reaktionen:

- nein ja
- für Medikamente, Lebensmittel, Pollen, Tiere usw.
- für die Anästhesie während der Zahnbehandlung oder Operation?

5. Hatten Sie eine negative Reaktionen nach einer Zahnbehandlung, Operation oder einem Permanent Make-up?

- nein ja

6. Haben Sie Asthma?

- nein ja

7. Haben Sie hohen Blutdruck (Hypertonie)?

- nein ja

8. Hatten Sie irgendwelche zerebralen Durchblutungsstörungen oder Schlaganfälle?

- nein ja

9. Wird es Ihnen schwindelig, wenn der Blutdruck sinkt?

- nein ja

10. <u>Haben/Hatten Sie eine ischämische Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, angeborene oder erworbene Herzfehler oder einen Myokardinfarkt?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
11. <u>Haben Sie anhaltende Blutungen, Blutungsstörungen?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
12. <u>Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
13. <u>Haben Sie einen Anstieg des Blutzuckers (Zucker), Diabetes?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
14. <u>Leiden Sie an systemischen Autoimmunerkrankungen, rheumatoide Arthritis, Sklerodermie?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
15. <u>Leiden Sie an Hepatitis B, B, C, B, AIDS, Syphilis oder Tuberkulose?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
16. <u>Hatten Sie Leber-, Magen-Darm- oder Nierenerkrankungen? Glaukom?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
17. <u>Leiden Sie an Epilepsie?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
18. <u>Leiden Sie häufig an akuten Atemwegsinfektionen, akutem Herpes?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
19. <u>Wie heilen Ihre Schürfwunden, Blutergüsse und Hämatome?</u>	<input type="radio"/> gut	<input type="radio"/> schlecht
20. <u>Neigen Sie dazu, Keloide zu bilden?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
21. <u>Gibt es derzeit eine Schwangerschaft oder Stillzeit?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
22. <u>Wurden Sie jetzt mit hormonellen Medikamenten behandelt?</u> <u>Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Welche?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
23. <u>Geben Sie bitte an, ob und welche med. Operationen Sie hatten.</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
24. <u>Wurden Arzneimittel mit Botulotoxin (Botox) Typ A, Hyaluronsäurepräparaten und Silikonimplantaten (wann) gebraucht?</u> <u>Wann?</u>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

Datum und Unterschrift: _____