

**FRAGEBOGEN – VOR EINEM ZAHN-/ORTHOCHIRURGISCHEN EINGRIFF**

Liebe Patientin, lieber Patient!

Bei zahn-/oralchirurgischen Eingriffen müssen bestimmte Grunderkrankungen berücksichtigt werden. Daher ist es notwendig, dass wir mehr über Ihren Gesundheitszustand erfahren. Bitte lesen Sie die folgenden Fragen sorgfältig durch und beantworten Sie sie, damit Sie optimal versorgt werden.

Die von Ihnen erhaltenen Informationen unterliegen selbstverständlich der Vertraulichkeit von uns!

Name:..... Geburtsdatum:.....

Name der Mutter:.....

Adresse:.....

Versicherungsnummer (eventuelle ungarische Versicherung TAJ-Nummer):.....

Telefonnummer(Handynummer):.....

Neigen Sie zur Ohnmachtsanfall?	ja	nicht	Haben Sie:		
Hohen Blutdruck?	ja	nicht	Diabetes	ja	nicht
Niedrigen Blutdruck?	ja	nicht	Haben Sie Blutgerinnungsstörung?	ja	nicht
Sind Ihnen andere Durchblutungsstörungen bekannt?	ja	nicht	Blutgerinnungsstörung?	ja	nicht
Leiden Sie an allergischen Beschwerden?	ja	nicht	Schilddrüsenfunktionsstörungen wenn ja, welche?	ja	nicht
Wenn ja, welche sind das:			Rheumatische Erkrankung?	ja	nicht
			Lungenerkrankung?	ja	nicht
Wissen Sie von Herzerkrankungen?	ja	nicht	Wissen Sie von Nierenerkrankung?	ja	nicht
Herzentwicklungsstörung?	ja	nicht	Erkrankung des Verdauungssystems?	ja	nicht
Műbillentyű beültetésről	ja	nicht	Erkrankung des Nervensystems?	ja	nicht
Wissen Sie von Herzerkrankungen?	ja	nicht	Immunschwäche (HIV ?)	ja	nicht
Hatten Sie eine Herzoperation?	ja	nicht	Sind Sie Jodempfindlich?	ja	nicht
Hatten Sie eine Gliedmaßenprothesen-OP?	ja	nicht	Sehr geehrte Damen! Sind Sie derzeit schwanger?	ja	nicht
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein (Antikoagulans Bisphosphonat)			Leiden Sie an weiteren Erkrankungen?	ja	nicht
			Wenn ja, welche sind das:		
Gibt es Medikamente, gegen die Sie allergisch sind oder die bei Ihnen Beschwerden verursacht haben?	ja	nicht			
Wenn ja, welche sind das:					

Ich bin ärztlich über den geplanten Eingriff und mögliche Komplikationen aufgeklärt worden. Ich habe keine weiteren Fragen, ich bin mit dem geplanten Eingriff einverstanden.

Datum:..... Eingriff:.....

Angewendete Antibiotika:.....

Behandelnder Arzt:.....