



Dr. med. Dr. med. dent. **Stefan Berg**

Facharzt für Kiefer-Gesichtschirurgie

■ Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie ■

■ Digitale Volumentomographie ■

Name: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

private Tel.: _____

berufl. Tel.: _____

überw. Zahnarzt: _____

Neurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsie, Parkinson, MS)? nein ja

Blutungsleiden, Bluterkrankungen (z. B. nach Zahntfernung, Operationen)? nein ja

Gehören Sie einer Risikogruppe an (z. B. **Hämophilie, Hepatitis, HIV, AIDS**)? nein ja

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Welche? nein ja

Um bei der Diagnose und Behandlung Ihrer Beschwerden nichts unberücksichtigt zu lassen, bitten wir Sie folgende Fragen zu beantworten:

Sind Sie zurzeit in **hausärztlicher Behandlung**? nein ja

Hausarzt: _____

Telefon: _____

Nehmen Sie die **Blutgerinnung beeinflussende Medikamente** ein (z. B. Marcumar, ASS, Xarelto, Plavix)? nein ja

Besteht eine Überempfindlichkeit (**Allergie**) gegen Medikamente?
Penicillin nein ja
Schmerzmittel nein ja
andere Stoffe? nein ja

Weitere Erkrankungen:

Herzerkrankungen: nein ja
Herzinfarkt (wann?) ja
Herzschrittmacher (seit wann?) ja
Endokarditis ja
sonstige Herzerkrankungen? ja

Bluthochdruck? nein ja

Lungen- oder Atemwegserkrankungen? (z. B. Asthma, chronische Bronchitis) nein ja

Schilddrüsenerkrankung? nein ja

Zuckerkrankheit oder eine andere Stoffwechselkrankheit? nein ja
Diabetes Typ I (Insulin)? ja
Diabetes Typ II? ja

Lebererkrankung? nein ja

Nierenleiden? nein ja

Besteht eine **Schwangerschaft**? nein ja

Rauchen Sie? nein ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
Internet nein ja
Zahnarzt nein ja
Empfehlung nein ja

Datum: _____

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten