

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

a)	ja	nein		ja	nein		ja	nein
Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A/B/C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsen- erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihr Hausarzt:								

Name

Anschrift

Telefon

b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien? ja nein

Wenn ja, welche?

c) Herzinfarkt

Nehmen Sie Marcumar?	ja	nein	Herzrhythmusstörungen	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein	Herzklappenerkrankung	ja	nein
Lähmungen	ja	nein	Herzinsuffizienz	ja	nein

d) Blutdruck

niedrig

normal

hoch

ggf. Werte?

2. Tragen sie einen Herzschrittmacher? ja nein

3. Nehmen sie regelmäßig ja nein ggf. welche?

Medikamente?

4. Rauchen Sie? ja nein

5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Ungewiss

ggf. wievielte Woche?

6. Liegt/lag eine Unfallverletzung im

Unfalldatum

Mund-/Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein

ggf. Art der Verletzung

7. Sonstige Angaben/andere Krankheiten

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter

örtliche Betäubung?

ja nein

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein

10. Ich bin an einem Prophylaxeprogramm,

z. B. professionelle Zahnreinigung, interessiert ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r