

Für eine adäquate und risikoarme Behandlung benötigen wir neben Ihren Personalien weitere Angaben zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand. Diese unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____ Geb.-Datum/Ort: _____
Wohnanschrift: _____
Telefon: _____ mobil: _____
E-Mail-Adresse: _____
Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung: _____

Erkrankungen:	Ja	Nein	Falls ja, welche:
Herz / Endokarditis Prophylaxe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutdruck normal:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnung Störung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenkrankheit (Asthma, u.ä.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leberkrankung (Gelbsucht, etc.):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

infektiöse Erkrankungen: Falls ja, welche:
TBC, HIV, Hepatitis, andere. : _____

Unverträglichkeiten / Allergien:	Ja	Nein	Falls ja, welche:
Allergiepass vorhanden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lokalanästhesie/Spritze:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Antibiotika:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schmerzmittel:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Metalle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? _____
Nehmen Sie Bisphosphonate: _____

Rauchen Sie? wenn ja, wieviel _____

Besteht eine **Schwangerschaft?** wenn ja, SSW: _____

Neigen Sie zu **Spritzenreaktionen:**
Wird Ihnen leicht schlecht:
Werden Sie leicht ohnmächtig:

Sind bei Ihnen in den letzten zwei Jahren zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden J N
Wenn Ja, wann und wo: _____

Ihr Anliegen: _____

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Ort, Datum

Unterschrift