

bei den nachfolgenden Fragen bitten wir Sie um eine gewissenhafte und vollständige Beantwortung

Leiden Sie am Mundgeruch? Ja _____ Nein _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (WICHTIG für unsere Praxis!)

Allergien / Unverträglichkeiten			Sonstige Erkrankungen		
	Ja	Nein		Ja	Nein
Besitzen Sie einen Allergiepass?			Blutgerinnungsstörungen		
Lokalanästhetika			Asthma		
Schmerzmittel			Lungenerkrankung		
Wenn ja, welche?			Magen - Darmerkrankung		
			Rheuma		
Antibiotika			Hatten Sie jemals einen Krampfanfall?		
Wenn ja, welche?			Diabetes		
			Wenn ja, eingestellt?		
andere			Nierenerkrankung		
			Lebererkrankung		
Infektionserkrankungen			Augenerkrankung (Engwinkelglaukom)		
	Ja	Nein		Ja	Nein
HIV bzw. besteht die Möglichkeit einer Infektion?			andere		
Hepatitis A, B oder C					
Tuberkulose					
Herz-Kreislauf Erkrankungen			Allgemeine Angaben		
	Ja	Nein		Ja	Nein
Besitzen Sie einen Herzpass?			Sind bei zahnärztlichen oder chirurgischen Behandlungen bzw. durch Verletzungen längere Blutungen aufgetreten?		
Hoher Blutdruck (Hypertonie)			Rauchen Sie mehr als 4 Zigaretten /Tag?		
Niedriger Blutdruck (Hypotonie)			Haben Sie ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk?		
Nehmen sie gerinnungshemmende Mittel (z.B. Marcumar, Aspirin)?			Besteht eine Schwangerschaft?		
Herzklappenersatz			Haben Sie Beschwerden an der Halswirbelsäule?		
Herzschritmacher			Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung behandelt?		
Endokarditis Prophylaxe empfohlen?			Frühere Röntgenuntersuchung im Gesichtsbereich?		
Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.			Wenn ja, Datum:		

Datum

Unterschrift