

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Herz-/Kreislaufkrankungen (aktuell oder vergangen):

- Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzinfarkt ja nein
Herzklappenersatz/-erkrankung/-defekt ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Infektiöse Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- HIV-Infektion/Stadium AIDS ja nein
Lebererkrankung/Hepatitis ja nein
Tuberkulose ja nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) ja nein
Andere Infektionskrankheiten z. B. MRSA) ja nein

Weitere Erkrankungen (aktuell oder vergangen):

- Blutgerinnungsstörung ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Epilepsie ja nein
Tumorerkrankung/Krebs ja nein
Osteoporose ja nein
Rheuma ja nein
Kopf-/Gesichtsschmerzen ja nein
Drogenabhängigkeit ja nein
Asthma/Lungenerkrankung ja nein
Nierenerkrankung/-funktionsstörung ja nein
Lebererkrankung/-funktionsstörung ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Augenerkrankung (z.B. Glaukom) ja nein
Sonstige Erkrankungen ja nein

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Latex ja nein
Metalle ja nein
Andere ja nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit ein?

- Bisphosphonate? ja nein
Blutverdünnende Mittel? ja nein

Allgemeine Angaben

Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt?

Wann hatten Sie die letzte Röntgenuntersuchung im Mund- und Kieferbereich? Jahr/en

Wann hatten Sie die letzte professionelle Zahnreinigung?

Rauchen Sie? ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Seit wann Nichtraucher? Jahr/en

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, welcher Monat?

Hatten Sie schon einmal eine Unfallverletzung im Gesichtsbereich? ja nein

Sind Sie stammzellen-/organtransplantiert? ja nein

Haben Sie künstliche Gelenke? ja nein

Haben/hatten Sie eine Chemotherapie? ja nein

Haben/hatten Sie eine Strahlentherapie? ja nein

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24h vorher abzusagen. Das gibt uns die Chance, Termine anderen Patientinnen und Patienten anzubieten. Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben mit Ihrer Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift