

Name, Vorname des **Patienten**

Geburtsdatum

Anschrift

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck ja nein
Niedriger Blutdruck ja nein
Herzklappenfehler ja nein
Herzklappenersatz ja nein
Herzschrittmacher ja nein
Herzerkrankung /Endokarditis ja nein
Herzoperation ja nein

Hochgradige Neutropenie ja nein
Mukoviszidose-Erkrankung ja nein
Organtransplantiert ja nein
Stammzellentransplantiert ja nein

Anfallsleiden (Epilepsie)

ja nein
Asthma/Lungenerkrankungen ja nein
Blutgerinnungsstörungen ja nein
Diabetes/Zuckerkrankheit ja nein
Alkohol-/Drogenabhängigkeit ja nein
Nervenerkrankung ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Ohnmachtsanfälle ja nein
Osteoporoseerkrankung ja nein
Raucher ja nein
Rheuma/Arthritis ja nein
Schilddrüsenerkrankung ja nein
Glaukom / Grüner Star ja nein
Sonstige Erkrankungen: ja nein

Infektiöse Erkrankungen:

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

Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen ja nein
Antibiotika ja nein
Schmerzmittel ja nein
Metalle:

sonstige Stoffe

Sonstige Erkrankungen.....

Schnarchen Sie?

ja nein

Leiden Sie morgens unter Mundtrockenheit?

ja nein

Haben Sie Atemaussetzer nachts?

ja nein

Leiden Sie an Tinnitus, Kopfschmerzen, Nackenschmerzen?

ja nein

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat.....

Wurden bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht?

Wenn ja, wann.....

Nehmen Sie Bisphosphonate?

ja nein

Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?

ja nein

Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?

ja nein

Nehmen Sie hoch dosierte Steroide / Immunsuppressiva?

ja nein

Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt?

ja nein Datum.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zurzeit? seit

..... seit

..... seit.....

Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe?.....

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

....., den

Unterschrift: