

7 Herz-Kreislauf-Erkrankung:
Herzinsuffizienz () () _____

8 erhöhter Blutdruck/ verminderter Blutdruck () () _____

9 Schlaganfall/Mangeldurchblutung
(Jahr?) v. Gehirn () () _____

10 Infektionskrankheiten
Hepatitis (Typ) () () _____

HIV-positiv/AIDS () () _____

Sind Sie an MRSA erkrankt? () () _____

11 Lebererkrankungen () () _____

12 Magen-Darm-Erkrankung () () _____

13 Nierenerkrankungen
chronische Niereninsuffizienz () () _____
Dialyse () () _____

14 Tumorerkrankungen (Jahr ?) () () _____

15 sonstige Erkrankungen _____

16 Frühere Operationen, in den letzten 5 Jahren () () _____

Welche: _____

17 Haben Sie Angst vor der Behandlung? () () _____

Gab es früher Komplikationen bei
Zahnärztlicher Behandlung? (welche) () () _____

18 Nehmen Sie Medikamente? (welche) () () _____

Bringen Sie uns bitte Ihren aktuellen Medikamentenplan mit !

19 Haben Sie ein Organtransplantat? () () _____

20 Rauchen Sie? () () _____
Wie lange? Wie viele Zigaretten/Tag? _____

21 Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? () () _____
Name des Arztes _____

22 Sind Sie Schwanger? () () _____

Wenn Ja, wann ist der errechnete Termin?

23 Existieren Röntgenbilder vom
Zahn-Kiefer-Bereich jüngeren Datums?
Bei welchem Zahnarzt? Tel.:

() () _____

24 Haben Sie Kiefergelenksprobleme?

() () _____

Datum/Unterschrift _____

Datum/Unterschrift _____

Datum/Unterschrift _____

Datum/Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit Schmerzen aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen-dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen. Wir sind bemüht Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine einzuhalten, oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.