

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Herz- Kreislauf-Erkrankungen Ja Nein (bei „Ja“ bitte unten ankreuzen was zutrifft)

- | | | |
|---|--|-------------------|
| <input type="radio"/> Zustand nach Infarkt | <input type="radio"/> Herzklappenersatz | seit wann?: _____ |
| <input type="radio"/> Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> Schrittmacher | |
| <input type="radio"/> Muskelentzündung | <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck | |
| <input type="radio"/> Verengung der Herzkranzgefäße | <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | |
| <input type="radio"/> Rhythmusstörungen | <input type="radio"/> Angina pectoris | |
| <input type="radio"/> Bypass Operation | <input type="radio"/> Schlaganfall (Apoplex) | |
| | <input type="radio"/> Ohnmachtsneigung | |

Andere Erkrankungen Ja Nein (bei „Ja“ bitte unten ankreuzen was zutrifft)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Blutarmut | <input type="radio"/> Arthrose |
| <input type="radio"/> Bluter | <input type="radio"/> Rheumatoide Arthritis |
| <input type="radio"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="radio"/> Rheuma |
| <input type="radio"/> Grauer Star | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Grüner Star | <input type="radio"/> Gicht |
| <input type="radio"/> Asthma (allergisch) | <input type="radio"/> Epilepsie |
| <input type="radio"/> Asthma (chronisch) | <input type="radio"/> Transplantierte Organe |
| <input type="radio"/> Bronchitis | <input type="radio"/> Migräne |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="radio"/> Diabetes (Typ) |
| <input type="radio"/> Blasenerkrankung | <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion |
| <input type="radio"/> Dialyse | |

Infektionskrankheiten Ja Nein (bei „Ja“ bitte unten ankreuzen was zutrifft)

- | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> HIV, AIDS | | | |
| <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> B | <input type="radio"/> C |
| <input type="radio"/> Tuberkulose | | | |
| <input type="radio"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (BSE) | | | |

Tumorerkrankungen

Ja nein welche? Seit wann?: _____

Allergien/Unverträglichkeiten Ja Nein (bei „Ja“ bitte unten ankreuzen was zutrifft)

- Latex Allergie
- Lokalanästhetika

-
- Medikamente (z.B. Antibiotika (z.B. Penicillin), Schmerzmittel)
 - Medizinische Werkstoffe (z.B. Nickel, Chrom, Kunststoffe)

Haben Sie andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?

- Ja Wenn ja, welche? _____
- Nein

Sonstige medizinische wichtige Informationen Ja Nein (bei „Ja“ bitte unten ankreuzen was zutrifft)

- Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- Haben Sie einen Medikamentenpass?
- Haben Sie einen Herzpass?
- Haben Sie einen Allergiepass?
- Rauchen Sie? wie lange?: _____
- Ehm. Raucher wie lange?: _____
- Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen?
- Sind Sie schwanger oder in Stillzeit?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? Und wofür?

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und werden streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten und etwaige Fotos zur internen Praxisverwaltung stimme ich zu.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe und alle Fragen nach bestem Gewissen richtig und vollständig beantwortet habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständnis des Erziehungsberechtigten notwendig.

Falls nur ein Elternteil unterschreibt: Ich versichere hiermit, dass ich das alleinige Sorgerecht habe bzw. im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handel.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter