



Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen? **Knochen**

**Allergie**

- Heuschnupfen
  - Nahrungsmittel
  - Medikamente
  - Jod
  - Pflaster
  - Latex
  - Metalle: \_\_\_\_\_
- oder \_\_\_\_\_

**Nerven/Gemüt**

- Krampfanfälle (Epilepsie)
  - Lähmungen
  - Depressionen
  - Angstzustände
- oder \_\_\_\_\_

**Atemwege/Lunge**

- Asthma
  - Lungenentzündung
  - Tuberkulose
  - Chronische Bronchitis
  - Schlafapnoe
- oder \_\_\_\_\_

**Blut**

- Gerinnungsstörung
  - Nachbluten nach Operationen
- oder \_\_\_\_\_

**Stoffwechsel**

- Zuckerkrankheit Diabetes mellitus Typ I
  - Diabetes mellitus Typ II
  - Schilddrüsenunterfunktion
  - Schilddrüsenüberfunktion
- oder \_\_\_\_\_

**Augen**

- Grüner Star
  - Grauer Star
  - Starke Einschränkung der Sehkraft
- oder \_\_\_\_\_

**Herz/Kreislauf**

- Herzinsuffizienz
  - Angina Pectoris
  - Herzinfarkt
  - Herzrhythmusstörungen
  - Herzschrittmacher
  - Herzklappenfehler/-ersatz
  - Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
  - Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- oder \_\_\_\_\_

**Immunschwäche**

- Einnahme von Cortison
  - Zustand nach Organtransplantation
  - Immunschwäche (AIDS)
- oder \_\_\_\_\_

**Leber**

- Gelbsucht
  - Gallensteine
  - Hepatitis A B C
- oder \_\_\_\_\_

**Magen, Darm**

- Geschwür
- oder \_\_\_\_\_

**Nieren**

- Dialysepflichtigkeit
  - Nierenentzündung
- 
- oder \_\_\_\_\_

- Osteoporose
  - Rheumatoide Arthritis
  - Bisphosphonattherapie
- oder \_\_\_\_\_

**Andere Erkrankungen, Behinderungen oder Tumorerkrankungen**

Welche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie? Wie viel durchschnittlich?**

\_\_\_\_\_

**Haben Sie Angst vor der Behandlung?**

\_\_\_\_\_

**Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche?**

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Gerinnungshemmende Medikamente**

- Aspirin®
  - ASS®
  - Marcumar®
  - Ticlopidin®
  - Clopidogrel®
  - Plavix®
- oder \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien und Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden, und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass mir -falls notwendig- eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_