

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung.

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung im Kopfbereich?

>

Röntgenpass ja nein

Waren sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? ja nein

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen oder Erkrankungen folgender Organe?

Herz- & Kreislauferkrankungen:
Wenn ja, welche?

>

>

>

>

>

Erkrankung des blutbildenden Systems:
 ja nein Bluter

Augen:
 ja nein Grüner Star (Glaukom)

Atmungswege/Lunge:
 ja nein Asthma bronchiale

Nierenerkrankungen:
 ja nein Blase

Blutgerinnungsstörung/Blutbildveränderungen:
 ja nein

Erkrankungen des Nervensystems:
 ja nein Epilepsie
 ja nein Kopfschmerzen / Migräne
 ja nein Gesichtsschmerzen (Trigeminusneuralgie)

Stoffwechsel-/Gelenkserkrankungen:
 ja nein Zuckerkrankheit (Diabetes Typ I oder II)
 ja nein Schilddrüsenerkrankung
 ja nein Knacken oder Reiben im Kiefergelenk
Wenn ja welche?

Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie):
 ja nein

Infektionserkrankungen:
 ja nein Hepatitis A, B, C
 ja nein HIV

Leiden oder litten Sie an anderen nicht genannten Erkrankungen?

ja nein

Wenn ja welche?

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
 ja nein

Wenn ja welche?

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
 ja nein

Wenn ja welche?

Leiden Sie unter Allergien?

ja nein

Wenn ja welche?

Berlin, den Unterschrift