

Fragebogen zum Gesundheitszustand:

Stehen Sie z. Z. in ärztlicher Behandlung? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, weshalb?

Ihr Hausarzt:

Ihr Zahnarzt:

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente/Materialien? ja ☐ nein ☐

Wenn ja welche?

Gewicht:kg Größe:cm

Bitte ankreuzen:

Nehmen Sie Osteoporosemedikamente/Bisphosphonate ein? (z. B. Actonel, Alendron(säure), Didronel, Fosamax, Fosavance, Tevanate...) ja ☐ nein ☐

Besitzen Sie einen ☐ Allergie od. ☐ Herzpass? ja ☐ nein ☐

Haben Sie ☐ Asthma oder ☐ Heuschnupfen? ja ☐ nein ☐

Haben Sie eine Herzerkrankung/Herzschwäche? ja ☐ nein ☐

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja ☐ nein ☐

Haben Sie zu ☐ niedrigen oder zu ☐ hohen Blutdruck? ja ☐ nein ☐

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? ja ☐ nein ☐

Leiden Sie an einer Stoffwechselkrankheit? ja ☐ nein ☐

☐ Diabetes ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Magen-Darmerkrankung ☐ Rheuma

Haben/hatten Sie Hepatitis? ja ☐ nein ☐

Haben Sie Aids/Tuberkulose? ja ☐ nein ☐

Sonstige Krankheiten? ja ☐ nein ☐

Sind Sie Raucher ja ☐ nein ☐

Bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft? ja ☐ nein ☐

Falls Sie keinen Bericht an Ihren Zahnarzt wünschen, bitte ankreuzen ☐

Bitte beachten Sie:

- ❖ Nach einer Anästhesie ist die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr eingeschränkt.
- ❖ Zur Entlastung der Verwaltung werden unsere Liquidationen von einer externen Verrechnungsstelle erstellt (FRH). Mit der Weitergabe der dafür erforderlichen Daten bin ich einverstanden.
- ❖ Für fest eingeplante Termine, die nicht eingehalten und nicht abgesagt werden, berechnen wir eine Gebühr von 75,00€ pro ½ Stunde.
- ❖ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zur Dokumentation Fotos gemacht werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Datum

Unterschrift
