

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung? ja nein

Grund der Behandlung:

Name des Hausarztes:
Name Ort

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche:

Waren Sie jemals ernsthaft krank oder hatten Sie eine größere Operation? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Haben Sie eine Leber- oder Nierenerkrankung? ja nein

Haben Sie einen hohen Blutdruck? ja nein

Bluten Sie lange nach, wenn Sie sich geschnitten haben? ja nein

Reagieren Sie allergisch auf Medikamente? ja nein

Haben Sie Asthma oder Heuschnupfen? ja nein

Haben Sie Rheuma? ja nein

Haben Sie Diabetes? ja nein

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?
 HIV Hepatitis B Hepatitis C

Besteht eine Kreuzfeld-Jakob-Erkrankung? ja nein

Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Nacken- oder Rückenschmerzen? ja nein

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen? ja nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Wenn nein, warum nicht? Farbe Form Stellung

Sind Sie ängstlich oder besonders schmerzempfindlich? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Wann wurden die Zähne zuletzt geröntgt? Monat Jahr

„Um möglichst termingerechte und pünktliche Behandlungen zu ermöglichen, bitten wir Sie, Termine mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Ihnen ansonsten entstandene Ausfallkosten in Rechnung gestellt werden.“

Datum, Unterschrift

.....