

Name des Patienten:HY "Bf".

Adresse:

Geb.Datum:

Vers.Nr.:

	ja	nein
Haben Sie zur Zeit allgemeine gesundheitliche Probleme? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in den letzten Jahren wegen schwerer Krankheiten behandelt? Wegen welcher Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:		
Herzerkrankung-, beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappen oder Gelenkprothesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle (Epilepsie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung oder Gelbsucht (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose oder andere schwere Infektionskrankheiten? Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluten Sie lange bei Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals allergische Reaktionen (Spritzen, Medikamente, zahnärztl. Material)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (Blutverdünnung, Blutdruck...)? Wenn ja, welche (Thrombo Ass,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals Operationen oder Bestrahlungen im Kopfbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie einen schweren Unfall mit Bewusstlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft, stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist ein Zahn besonders empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stört ein Zahn beim Kauen, Schließen, Schlucken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen beim weiten Öffnen oder Gähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knackt oder reibt es im Kiefergelenk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Verspannungen im Kopf-, Halsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Trockenheit oder Brennen im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie gerne zur Terminerinnerung ein SMS von unserer Ordination erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Angaben werden von uns vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Unterschrift des Patienten:

Datum: