

Ärztliche Behandlung Ja Nein
 Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung
 Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Heilpraktiker
 Sind Sie bei einem Heilpraktiker in Behandlung?

Medikamente
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
 Wenn ja, welche?

Allergien
 Sind Sie gegen bestimmte Materialien
 oder Medikamente allergisch?
 Wenn ja, gegen welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Herzerkrankungen
 (Angeborener) Herzfehler
 Herzschwäche (Insuffizienz)
 Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
 Herzasthma, Angina pectoris, Herzinfarkt
 Herzschrittmacher, Herzklappenfehler

Kreislaufferkrankungen
 Zu hoher Blutdruck
 Zu niedriger Blutdruck
 Zustand nach Schlaganfall
 Gefäßprothesen
 Nehmen Sie gerinnungshemmende
 Medikamente ein?

Vegetative Erkrankungen
 Ohnmachtsanfälle
 Kopfschmerzen/Migräne
 Nehmen Sie Anregungs- o. Beruhigungsmittel?

Stoffwechselerkrankungen Ja Nein
 Zuckerkrankheit (Diabetes)
 Magen- und Darmerkrankung
 Schilddrüsenerkrankung

Erkrankungen des Nervensystems
 Epileptiforme Anfälle

Infektionskrankheiten
 Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)
 Tuberkulose
 Chronische Erkrankung d. Atemwege, Husten, ...
 Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?
 Wenn ja, mit welchem Ergebnis? negativ positiv
 Sonstiges (Diphtherie, Röteln, Mumps, etc.)

Weitere Angaben
 Erkrankungen Lunge, Niere, Prostata
 Hatten oder haben Sie einen Tumor?
 Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?
 Rauchen Sie?
 Leiden Sie unter Augenkrankheiten,
 z.B. Grauer bzw. Grüner Star, Glaukom?
 Haben Sie Hautkrankheiten?
 Leiden Sie unter Würgereiz?

Röntgen
 Wurden in den letzten 12 Monaten in einer
 anderen Praxis Aufnahmen im Kopf-Kiefer-
 Zahnbereich angefertigt?
 Wenn ja, bei welchem Arzt?

Für Patientinnen: Schwangerschaft
 Sind Sie schwanger?
 Wenn ja, in welchem Monat?

Sonstiges

Bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte muss diese spätestens 14 Tage nach Behandlungstermin vorbeigebracht werden, andernfalls erfolgt eine Privatabrechnung, mit der Sie sich durch Ihre Unterschrift ausdrücklich einverstanden erklären.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass zahnärztliche Betäubungsmittel meine Verkehrstüchtigkeit beeinflussen können.

Name Datum/Unterschrift