





Wann waren Sie zuletzt in zahnärztlicher Behandlung

\_\_\_\_\_  
Datum

Sind sie in Orthopädischer Behandlung  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Erkrankung

### ALLERGIEN

Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht der Verdacht einer Empfindlichkeit

\_\_\_\_\_  
Materialien, Medikamente usw.

Besitzen Sie einen Allergiepass  ja  nein

### HERZKREISLAUFERKRANKUNGEN

Herzasthma, Angina Pectoris  ja  nein

Herzschrittmacher, Herzklappenersatz  ja  nein

Zu hoher Blutdruck  ja  nein

Zu niedriger Blutdruck  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Sonstiges

### BLUTERKRANKUNGEN

Blutungsneigung (Hämophilie)  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Sonstiges

### WEITERE ANGABEN

Rauchen Sie  ja  nein

Sind Sie Drogen- oder alkoholabhängig  ja  nein

Sind Sie schwanger  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Schwangerschaftswoche

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Erkrankung

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Medikamente

### RÖNTGEN

Wurden Sie bereits im Kopf-Kiefer, Zahnbe-  ja  nein  
reich geröntgt

\_\_\_\_\_  
Monat / Jahr - Bitte unbedingt angeben!

Möchten Sie einen Röntgenpass erhalten  ja  nein

### STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein

Magen-Darm-Erkrankung  ja  nein

Schilddrüsen-Überfunktion  ja  nein

Schilddrüsen-Unterfunktion  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Sonstiges

### INFEKTIONSKRANKHEITEN

Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A/B)  ja  nein

Tuberkulose  ja  nein

HIV  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Sonstiges

Leiden Sie unter Mundgeruch  ja  nein

Besitzen Sie Zahnersatz  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Alter des Zahnersatzes

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben umgehend mit. Bitte beachten Sie, dass Medikamente (auch Betäubungsspritzen) Ihre Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können. Sie dürfen nicht aktiv im Straßenverkehr teilnehmen. In seltenen Fällen kann es durch eine Anästhesie im Unterkiefer zu einer Nervverletzung des Nervus lingualis oder Nervus mandibularis kommen. Dies hätte einen vorübergehenden oder in sehr seltenen Fällen auch dauerhaften Sensibilitätsverlust des jeweiligen Unterkieferbereichs/ Zunge zur Folge.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift