

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an einer der folgenden Erkrankungen?

Allergie

- Heuschnupfen
 - Nahrungsmittel
 - Medikamente
 - Jod
 - Pflaster
 - Latex
 - Metalle: _____
- oder _____

Nerven/Gemüt

- Krampfanfälle (Epilepsie)
 - Lähmungen
 - Depressionen
 - Angstzustände
- oder _____

Atemwege/Lunge

- Asthma
 - Lungenentzündung
 - Tuberkulose
 - Chronische Bronchitis
 - Schlafapnoe
- oder _____

Blut

- Gerinnungsstörung
 - Nachbluten nach Operationen
- oder _____

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion
- oder _____

Augen

- Grüner Star
 - Grauer Star
 - Starke Einschränkung der Sehkraft
- oder _____

Herz/Kreislauf

- Herzinsuffizienz
 - Angina Pectoris
 - Herzinfarkt
 - Herzrhythmusstörungen
 - Herzschrittmacher
 - Herzklappenfehler/-ersatz
 - Hypertonie (erhöhter Blutdruck)
 - Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- oder _____

Immunschwäche

- Einnahme von Cortison
 - Zustand nach Organtransplantation
 - Immunschwäche (AIDS)
- oder _____

Leber

- Gelbsucht
 - Gallensteine
 - Hepatitis A B C
- oder _____

Magen, Darm

- Geschwür
- oder _____

Nieren

- Dialysepflichtigkeit
 - Nierenentzündung
- oder _____

Knochen

- Osteoporose
 - Rheumatoide Arthritis
 - Bisphosphonattherapie
- oder _____

Andere Erkrankungen, Behinderungen oder Tumorerkrankungen

Welche? _____

Rauchen Sie? Wie viel durchschnittlich?

Haben Sie Angst vor der Behandlung?

Besteht eine Schwangerschaft? Welche Woche?

Nehmen Sie Gerinnungshemmende Medikamente

- Aspirin® ASS®
 - Marcumar® Ticlopidin®
 - Clopidogrel® Plavix®
- oder _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Welche?

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien und Ausdrucke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/ meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden, und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ich bin einverstanden, dass mir -falls notwendig- eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung).

Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Datum: _____

Unterschrift: _____