



Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich.

Gesundheitszustand	Bitte ankreuzen	Zusätzlichen Informationen
<u>Herz-Kreislauf-Erkrankungen</u>		
Hoher Blutdruck (Hypertonie) / Werte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) / Werte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzklappenerkrankung/ -defekt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzoperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Mangeldurchblutung ZNS / Apoplex	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Blutgerinnungshemmer (Marcumar, ASS)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche:
Blutungsneigung, sind Sie Bluter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
<u>Infektionserkrankungen</u>		
HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Hepatitis (z.B. Gelbsucht)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Krankenhauskeime MRSA/3MRGN/4MRGN	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Andere		.....
<u>Allergien / Unverträglichkeiten</u>		
Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Antibiotika (z.B. Penicillin)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Nelkenöl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Andere		.....
<u>Weitere Erkrankungen</u>		
Asthma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Rheuma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Augenerkrankung (Glaukom)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Nierenfunktionsstörungen / Dialyse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	.....
Andere		.....



Allgemeine Angaben

Drogenkonsum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Alkoholgenuss	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> regelmäßig
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, <input type="checkbox"/> 0-10 <input type="checkbox"/> über 10 / Tag
Regelmäßige Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welche:
Zahnärztliche Röntgenuntersuchungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, wann und wo:
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wenn ja, welcher Monat:
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?		
Haben Sie Angst vor der Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	<input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Jameda <input type="checkbox"/> Sanego	

Wichtige Informationen:

- Falls notwendig wird Ihnen eine Lokalanästhesie/Leitungsanästhesie (örtliche Betäubung) gegeben. Wir sind verpflichtet Sie darüber aufzuklären, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen (Parästhesien) kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Diese Irritationen sind in der Regel temporär und reversibel, können aber auch in extrem seltenen Fällen zu dauerhaften Irritationen führen.
- Medikamente, auch Betäubungsspritzen können Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen.
- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretende Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen.

Datum, Unterschrift

Wie Sie sicherlich wissen, wird zur Vermeidung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen empfohlen, viertel- oder halbjährliche Kontrolluntersuchungen durchführen zu lassen. Zur Erhaltung ihrer Gesundheit bieten wir kostenlos ein Wiederbestellsystem (Recall) an. Sind Sie daran interessiert?

Ja Nein

Wenn ja bitten wir durch Ihre Unterschrift um Ihr Einverständnis hierzu. Sie können uns jederzeit einfach mündlich mitteilen, wenn Sie am Recall nicht mehr teilnehmen möchten.

Datum, Unterschrift Recall (gesetzlich erforderlich)