



Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Hoher Blutdruck Ja Nein
Niedriger Blutdruck Ja Nein
Herzklappenerkrankung/-defekt Ja Nein
Herzerkrankung Ja Nein
Herzoperation Ja Nein
Herzschrittmacher Ja Nein
andere: Ja Nein

Welche: _____

Infektionserkrankungen:

- HIV / Aids Ja Nein
Hepatitis Ja Nein
Tuberkulose Ja Nein
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit Ja Nein
andere: Ja Nein

Welche: _____

Allergien / Unverträglichkeiten:

- Lokalanästhetika Ja Nein
Schmerzmittel Ja Nein
Antibiotika Ja Nein
andere: Ja Nein

Welche: _____

Weitere Erkrankungen:

- Asthma Ja Nein
Blutgerinnungsstörungen Ja Nein
Diabetes Ja Nein
Epilepsie Ja Nein
Geistige Erkrankung Ja Nein
Genetische Erkrankung Ja Nein
Lebererkrankung Ja Nein
Lungenerkrankung Ja Nein
Magen-Darm-Erkrankung Ja Nein
Nierenfunktionsstörungen Ja Nein
Ohnmachtsneigung Ja Nein
Osteoporose Ja Nein
Rheuma Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
andere: Ja Nein

Welche: _____

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 auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

- Ich wünsche zur Erhaltung der Zahn- und Mundgesundheit in einem 1/2 jährlichen Turnus zu einem Kontrolltermin (Recall) angeschrieben zu werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Erziehungsberechtigter / gesetzl. Vertreter