

Medizinische Fragen für die Zahnbehandlung

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Ihre Beschwerden: _____

Was genau Wünschen Sie sich? _____

Gibt es Medikamente die Sie regelmäßig einnehmen? Wenn ja welche? _____

Sind Sie gegen bestimmte Substanzen allergisch? Wenn ja welche?

ja nein _____

Haben Sie systemische Störungen (z.B. Herzkrankheiten, Diabetes, Bluthochdruck), wenn ja welche?

ja nein _____

Falls Sie an systemischen Störungen leiden, nehmen Sie damit zusammenhängende Medikamente?

ja nein _____

Falls Sie im Zusammenhang mit einer Krankheit eine Analyse erstellen lassen haben, sind deren werte im Rahmen des Normalen? (Blutzucker, Blutdruck u.ä.)

ja nein _____

Haben Sie eine Blutkrankheit?

ja nein _____

Haben Sie jemals Hepatitis (Gelbsucht) gehabt? ja nein

Wurde Ihnen schon einmal von einem Zahnarzt eine Spritze in den Mund gesetzt? ja nein

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja was für eine Operation liegt hinter Ihnen?

ja nein _____

Wann waren Sie zuletzt bei einem Arzt? _____
