

NAME / Vorname:

Matrikelnummer. :

Adresse :

Krankenkasse :

Beruf / Arbeitgeber :

Postleitzahl/Stadt :

Tel (privat):

Handy :

Tel (Arbeit) :

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes :

Name des Facharztes (falls vorhanden) :

Woher kennen Sie diese Zahnarztpraxis? Aus welchem Grund sind Sie hier ?

Nehmen Sie zur Zeit **Medikamente**?

Falls ja, welche? (Reichen Sie bitte das Rezept nach.)

Bitte kreuzen Sie "JA" oder "NEIN" an.	JA	NEIN	Anmerkung des Zahnarztes
Reagieren Sie allergisch auf Medikamente, Narkosemittel oder andere Substanzen ?			
Wurden Sie schon einmal operiert ?			
Rauchen Sie?			

Haben Sie :

Probleme mit dem Herzen? Bluthochdruck?			
Sind Sie Diabetiker oder haben Sie Cholesterol?			
Probleme mit den Nieren, der Leber?			
Hepatitis, HIV oder einer anderen Infektionskrankheit ?			
Leiden Sie unter Gedächtnisverlust?			
Leiden Sie unter Asthma oder Epilepsie ?			
Leiden Sie unter außergewöhnlich langen Blutungen?			
Nehmen Sie regelmäßig oder gelegentlich Aspirin?			
Haben Sie Probleme mit den Knochen? (z.B. Osteoporose) ?			
Wurde an Ihnen eine Strahlentherapie durchgeführt?			
Sind Sie schwanger oder stillen Sie?			

Weitere Anmerkungen betreffend Ihres Gesundheitsstatus :

Hiermit bestätige ich, **Herr/Frau/Fräulein**, Dr. HOA alle aktuelle ärztliche Befunde mitgeteilt zu haben und verpflichte mich dazu alle Änderungen meines Gesundheitszustandes mitzuteilen.

..... , den

Unterschrift