

PATIENTEN-FRAGEBOGEN FÜR ZAHNÄRZTLICH-CHIRURGISCHE EINGRIFFE

Die von Ihnen mitgeteilten Informationen fallen sämtlich unter die ärztliche Schweigepflicht. Sie werden dementsprechend mit größter Diskretion behandelt. Wir bitten Sie möglichst alle Fragen zu beantworten. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

NAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

ADRESSE (Str.Nr.Plz.Ort): _____

TEL.: _____ MOBIL: _____

E-MAIL ADRESSE: _____

ZU INFORMIERENDE ANGEHÖRIGE: _____

TELEFONNUMMER: _____

	JA	NEIN
Leiden Sie an Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zur Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie irgendwelche Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie blutverdünnende Medikamente nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankung? (Wenn ja, dann unterstreichen Sie bitte.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer Immunschwäche, sind Sie HIV positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie eine Metall-Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine sonstige Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Haben Sie sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Für Patientinnen! Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT