



Fragebogen vor Zahnbehandlungen, oralchirurgischen Eingriffen

Name des/der Patienten/in:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Telefonnummer:
Sozialversicherungsnummer:	E-Mail Adresse:
Geburtsname der Mutter:	

Mir sind folgende Krankheiten bekannt:

	Ja	Nein
Rheumatische Herzerkrankungen:		
Hoher Blutdruck:		
Gerinnungsstörungen:		
Diabetes:		
Allergie:		
Wenn ja, welche:		
Osteoporose:		
Immunschwächeerkrankungen:		
Lebererkrankung (Zirrhose):		
Bekannte Infektionskrankheiten (Aids, Tuberkulose, Hepatitis):		
Bösartige Tumorerkrankungen:		
Hatten Sie eine Strahlentherapie?		
Hatten Sie eine Chemotherapie?		
Bekannte Arzneimittelempfindlichkeit:		
Wenn ja, welche:		

Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente?

	Ja	Nein
Gerinnungshemmer:		
Steroid:		
Insulin:		
Beruhigungsmittel:		
Sonstige Medikamente		

Hatten Sie Kontakt mit einer der folgenden Medikamente?

Fosamax, Alendronat, Alendronhexal, Fosavance, Sedron, Calcisedron, Trabeca, Alendromax, Fortimax, Massidron, Actonel, Boneact, Bonviva, Bondronat, Didronel, Bonefos, Skelid, Zometa, Reclast, Aclasta, Aredia, Aredin, Pamifos, Pamitor

	Ja	Nein
Sind Sie derzeit schwanger?		
Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche befinden Sie sich?		
Sind Ihnen andere Krankheiten bekannt?		
Ich bin damit einverstanden, dass im Zusammenhang mit der Behandlung Fotos zu diagnostischen, therapeutischen und wissenschaftlichen Zwecken gemacht werden.		

Ich habe alle für mich bekannten Informationen in Bezug auf meinen Gesundheitszustand, Krankheiten angegeben.



Datum:.....

Unterschrift:.....