

- | | | |
|---|----|------|
| - Magen-Darmerkrankung? | Ja | Nein |
| - Schilddrüsenerkrankung? | Ja | Nein |
| - Rheumatismus/ rheumatisches Fieber? | Ja | Nein |
| - Asthma/ Lungenerkrankungen? | Ja | Nein |
| - Blutkrankheiten oder Blutgerinnungsstörungen? | Ja | Nein |
| - Nervenerkrankungen? | Ja | Nein |
| - Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)? | Ja | Nein |
| - Sonstige Erkrankungen? _____ | Ja | Nein |
9. Haben / hatten Sie Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich? Ja Nein
10. Leiden Sie unter folgenden Beschwerden
- | | | |
|--------------------------------------|----|------|
| - Zahnfleischbluten | Ja | Nein |
| - Migräne/ Kopf-/ Nackenschmerzen | Ja | Nein |
| - Knirschen/ Kiefergelenkbeschwerden | Ja | Nein |
| - Mundgeruch | Ja | Nein |
| - Sonstiges _____ | Ja | Nein |
11. Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? Ja Nein
12. Wann sind Sie das letzte Mal geröntgt worden? _____
13. Bei Frauen:
Besteht eine Schwangerschaft? Woche? _____ Ja Nein
14. Rauchen Sie? Ja Nein
bitte ankreuzen: < 10 Einheiten > 10 Einheiten
15. Name und Anschrift des Hausarztes: _____

16. Gibt es einen bestimmten Grund, warum Sie uns aufsuchen (Zweitmeinung, Beschwerden, Routinekontrolle, Professionelle Zahnreinigung etc.)? _____
- 17. Bitte beachten Sie die folgenden Hinweise zur Lokalanästhesie:**
- **Nach einer örtlichen Betäubung im Mund-, Gesichts- und Kieferbereich kann Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein!**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten