

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**, gerinnungshemmende Mittel (z.B. **Marcumar**) oder Drogen ein?

nein ja und zwar folgende:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?	nein	ja	Wenn ja: bitte hier genauere Angaben
Blutgerinnungsstörung? (z.B. Neigung zu Blutergüssen, Nasenbluten oder stärkeren Blutungen nach Verletzungen)			
Allergie?			
Durchblutungsstörungen? (z.B. Krampfadern, Thrombose)			
Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck?			
Kreislaufstörungen?			
Herzerkrankung? (z.B. Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen)			
Lungen- oder Atemwegserkrankung? (z.B. Tuberkulose, Asthma)			
Lebererkrankung? (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Leberzirrhose)			
Magen-Darm-Erkrankung?			
Stoffwechselstörung? (z.B. Diabetes, Zuckerkrankheit, Gicht)			
Nierenerkrankung?			
Nerven- oder Gemütsleiden? (z.B. Epilepsie, Lähmungen, Depressionen)			
Grüner Star bzw. Glaukom?			
Rheumatische Erkrankung? (z.B. Arthrose)			
Haben Sie einen Herzschrittmacher ?			
Für Patientinnen: sind Sie schwanger ?			

Leiden Sie an einer hier nicht aufgeführten **anderen Krankheit**? nein ja und zwar folgende:

.....

Gab es bei früheren **Zahnbehandlungen Komplikationen**? nein ja und zwar folgende:

.....

Die letzte **Röntgenaufnahme im Mund-, Kieferbereich** erfolgte: **bisher keine** oder **ca. Datum:**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer Behandlung mit örtlicher Betäubung eine Verkehrsuntauglichkeit für den gesamten Tag vorliegt!

Datum

Unterschrift