

<u>Patientendaten:</u> Name: _____ Geburtsdatum: _____ Telefonnummer(n): _____	<u>Leiden Sie an(Zutreffendes ankreuzen):</u> () Herz-/Kreislaufbeschwerden () Zu niedriger/hoher Blutdruck () Lebererkrankung () Blutkrankheit/Blutungsneigung () Schlaganfall () Diabetes/Zuckerkrankheit () Nierenerkrankungen () Magen-/Darmkrankungen () Asthma () Rheuma () Epilepsie () MRSA () Glaukom/grüner Star () Schilddrüsenerkrankung () Osteoporose () Infektionskrankheiten:(welche?) () Hepatitis () HIV/Aids () TBC(Tuberkulose) () sonstige Erkrankungen:	Bestehen Allergien? Ja () Nein () Welche? _____ Arzneimittelunverträglichkeiten? Ja () Nein () Auf welche? _____ Blutgerinnungsstörung/Blutungsneigung? Ja () Nein () Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja () Nein () Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja () Nein () Welche? _____ Alkohol? Ja () N () Wieviel? Drogen? Ja () N () Was? Blutverdünner? J() N() Bisphosphonate? J() N() Besteht eine Schwangerschaft? J() N() Bestehen Depressionen? J() N() Haben Sie Demenz? J() N()
E-Mail: _____ ausgeübter Beruf: _____ Wurden Sie im letzten 1/2 Jahr im Kieferbereich geröntgt? Ja () Nein () Sind Sie mit der Anfertigung notwendiger Röntgenaufnahmen vor, während und nach der Behandlung einverstanden? Ja () Nein () Name des Hauszahnarztes: _____ Name des Hausarztes: _____ Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja () Nein () Weswegen? _____		
<p>Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen (Betäubung) und Medikamenten für 4-6 Stunden nach Verabreichung beeinträchtigt sein kann. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden, nach meinem besten Wissen beantwortet und garantiere für die Richtigkeit meiner Angaben.</p>		
Datum _____	Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter: _____	



<u>Patientendaten:</u> Name: _____ Geburtsdatum: _____ Telefonnummer(n): _____	<u>Leiden Sie an(Zutreffendes ankreuzen):</u> () Herz-/Kreislaufbeschwerden () Zu niedriger/hoher Blutdruck () Lebererkrankung () Blutkrankheit/Blutungsneigung () Schlaganfall () Diabetes/Zuckerkrankheit () Nierenerkrankungen () Magen-/Darmkrankungen () Asthma () Rheuma () Epilepsie () MRSA () Glaukom/grüner Star () Schilddrüsenerkrankung () Osteoporose () Infektionskrankheiten:(welche?) () Hepatitis () HIV/Aids () TBC(Tuberkulose) () sonstige Erkrankungen:	Bestehen Allergien? Ja () Nein () Welche? _____ Arzneimittelunverträglichkeiten? Ja () Nein () Auf welche? _____ Blutgerinnungsstörung/Blutungsneigung? Ja () Nein () Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja () Nein () Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja () Nein () Welche? _____ Alkohol? Ja () N () Wieviel? Drogen? Ja () N () Was? Blutverdünner? J() N() Bisphosphonate? J() N() Besteht eine Schwangerschaft? J() N() Bestehen Depressionen? J() N() Haben Sie Demenz? J() N()
E-Mail: _____ ausgeübter Beruf: _____ Wurden Sie im letzten 1/2 Jahr im Kieferbereich geröntgt? Ja () Nein () Sind Sie mit der Anfertigung notwendiger Röntgenaufnahmen vor, während und nach der Behandlung einverstanden? Ja () Nein () Name des Hauszahnarztes: _____ Name des Hausarztes: _____ Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja () Nein () Weswegen? _____		
<p>Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter Einfluss von Injektionen (Betäubung) und Medikamenten für 4-6 Stunden nach Verabreichung beeinträchtigt sein kann. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten, gelesen und verstanden. Ich habe alle Fragen und Angaben verstanden, nach meinem besten Wissen beantwortet und garantiere für die Richtigkeit meiner Angaben.</p>		
Datum _____	Unterschrift Patient/ggf. gesetzlicher Vertreter: _____	

