



• Befinden Sie sich zur Zeit in **ärztlicher Behandlung**? nein ja
Wenn ja, weswegen? _____

• Nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit **Medikamente** ein? nein ja
Wenn ja, welche und seit wann? _____

• Nehmen Sie Medikamente, welche die **Blutgerinnung** hemmen (z.B. Marcumar, ASS,...)? nein ja

• Bekommen Sie oder haben Sie in den vergangenen Jahren Medikamente bekommen, welche **Bisphosphonate** enthalten (z.B. bei Osteoporose, multiplem Myelom, ossäre Tumore, Knochenstoffwechselstörungen,...)? nein ja

• Sind bei Ihnen **Allergien** bzw. **Unverträglichkeiten** bekannt?

Anästhetika (Spritzen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____
Antibiotika	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____
Metalle / Kunststoffe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____
Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche? _____

• Besteht bei Ihnen aktuell oder hatten Sie eine der folgenden **Erkrankungen**:

Herz-/Kreislaufferkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzschriltmacher	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Endokarditis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Herzoperation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Infektiöse Erkrankungen

HIV / AIDS	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Hepatitis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Weitere Erkrankungen

Diabetes	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Rheuma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Osteoporose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Sonstige Erkrankungen: _____

• Sind schon einmal **Komplikationen** bei einem zahnärztlichen Eingriff aufgetreten? nein ja

• Neigen Sie zu **blauen Flecken** oder **bluten Wunden** bei Ihnen außergewöhnlich lang? nein ja

• Sind in den letzten Jahren **Röntgenaufnahmen** von Ihnen gemacht worden? nein ja

• **Rauchen** Sie? nein ja

• Besteht eine **Schwangerschaft**? nein ja ungewiß

Bitte teilen Sie uns alle Änderungen, die während der gesamten Behandlung auftreten, umgehend mit.

Ingolstadt, den _____

Unterschrift _____