



## ALLGEMEINE GESUNDHEIT

- Hoher Blutdruck  
 niedriger Blutdruck  
 Herzerkrankung

Wenn ja, welche:

- Herzinfarkt  
 Herzschrittmacher  
 Herklappenersatz  
 Schlaganfall  
 Blutgerinnungsstörung  
 Schilddrüsenerkrankung  
 Diabetes  
 Lungenerkrankung

Wenn ja, welche:

- Infektionskrankheiten**

Wenn ja, welche:

- Osteoporose  
 Nierenfunktionsstörung  
 Epilepsie  
 Tumorerkrankung  
 Augenerkrankung  
 Depressionen  
 Allergien (Allergiepass)

Wenn ja, welche:

### Medikamente – Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

### Unverträglichkeit gegen Medikamente?

### Frühere zahnärztliche Röntgenuntersuchungen

**Wo und Datum!!**

- Sind Sie schwanger?

Wenn ja, welche Woche:

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) meine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann.

Ich verpflichte mich, vereinbarte **Termine** einzuhalten oder mindestens **zwei Tage im Voraus abzusagen**, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch verarbeitet und gespeichert. Sie unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO) und der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Unterschrift