

1. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- a) Asthma (schwere Atemnot) Tuberkulose
 Leberkrankheiten Zuckerkrankheit Typ 1 2
 Rheuma Hepatitis (Gelbsucht) A / B / C
 Bluterkrankungen Anfallsleiden (Epilepsie)
 Blutgerinnungsstörungen Schilddrüsenerkrankungen, welche _____
 HIV-Infektion

b) Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien
Welche? _____

c) Herzinfarkt, wann? _____
 Herzschrittmacher _____
 blutverdünnende Medikamente _____
 Schlaganfall, wann _____
 Schwangerschaft, welche Woche? _____
 sonstige Krankheiten _____

2. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

3. Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung und welche Körperregion?

4. Wann wurde Ihr Blutdruck zuletzt gemessen? _____ Wie hoch? _____ / _____

5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Lächeln?

1 = Gar nicht 3 4 5 6 7 8 9 10 = Sehr zufrieden

6. Wünschen Sie eine Aufklärung zur Beseitigung von Zahnfehlstellungen mittels einer unsichtbaren Schiene? Ja Nein

7. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja Nein

8. „Knackst“ Ihr Kiefergelenk, leiden Sie unter Beschwerden der Kaumuskulatur? Ja Nein

9. Schnarchen Sie? Ja Nein

10. Haben Sie Interesse an einer entspannten und angstfreien Behandlung unter Lachgas? Ja Nein

11. Rauchen Sie? Ja Stück/ Tag Nein

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Unterschreibt bei Erziehungsberechtigten eine/r allein, erklärt sie/er mit der Unterschrift, dass ihr/ihm das alleinige Sorgerecht zusteht, bzw. im Einverständnis mit dem anderen handelt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und die Richtigkeit meiner vorgenannten und obigen Angaben und, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift