

Universitätsklinikum Bonn - Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

A Name _____ Gewicht _____
 Geburtsdatum _____ Größe _____

B Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen? nein ja Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen:

1 Allergie (welche?) / Allergiepass vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Atemwegserkrankungen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Diabetes (welcher Typ?), Zucker-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Grüner Star (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Nervenleiden (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinsuffizienz, Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzrhythmusstörungen / Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzfehler / Endokarditis-Risiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erhöhter / verminderter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Infektionskrankheiten (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis / TBC / HIV / Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 Rheumaerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16 Tumorerkrankungen, Leukämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

C Weitere Fragen

17 Frühere Operationen (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 Regelmäßiger Genuss von Alkohol/Nikotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21 Nehmen Sie Medikamente? (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22 Röntgendiagnostik im Kopfbereich im letzten Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23 Röntgenpass vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D Befinden Sie sich in zahnärztlicher/ärztlicher Behandlung?

Name des Zahnarztes/Arztes _____

Anschrift des Zahnarztes/Arztes _____

Tag, Monat, Jahr _____

Unterschrift _____