

Fragen zum Gesundheitszustand

01. Werden/wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wegen welcher Krankheit?	
02. Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht, Leberentzündung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
03. Sind Sie HIV-positiv oder an AIDS erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
04. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
05. Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
06. Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kam es dabei schon zu einem Zahnunfall?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besitzen Sie einen Zahnschutz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
07. Hatten Sie schon Operationen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
08. Nehmen Sie zur Zeit regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?	
09. Hatten Sie jemals <input type="checkbox"/> eine Kieferhöhlenentzündung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Rheuma, Gelenkschwellungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Verdauungsstörungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Hormonelle Störungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche?	
10. Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ? Welche Woche:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
12. Herz-Kreislaufferkrankungen <input type="checkbox"/> Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Angina pectoris	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Zu hoher/zu tiefer Blutdruck? Wert:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Bluterkrankungen <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Bluterneigung (Hämophilie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. Stoffwechselerkrankungen <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Allergien <input type="checkbox"/> Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen oder Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, worauf?	
• Leiden Sie unter Asthma oder Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendigen Abklärungen oder Informationen mit meiner/m Hauszahnärztin/arzt, meiner/m Hausärztin/arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen, und dass für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendige Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden dürfen.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

Ich bin damit einverstanden, dass mir - falls notwendig - eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann.

Basel, den	Unterschrift
------------	--------------