

# 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 \_\_\_\_\_