

## Patientenfragebogen

Name \_\_\_\_\_ :

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ :

	Ja	Nein
Haben sie <b>Allergien</b> ?		
Sind sie HIV-positiv oder an <b>AIDS</b> erkrankt?		
Haben oder hatten sie eine <b>Hepatitis</b> ? (Gelbsucht, Leberentzündung)		
Tragen sie einen <b>Herzschrittmacher</b> ?		
Hatten sie einen <b>Herzinfarkt</b> ?		
Hatten sie eine Herzinnenhautentzündung? ( <b>Endokarditis</b> )		
Leiden sie unter hohem <b>Blutdruck</b> ?		
Leiden sie unter einer <b>Schilddrüsenerkrankung</b> ?		
<b>Rauchen</b> sie?		
Leiden sie an <b>Osteoporose</b> ?		
Leiden sie an <b>Asthma</b> ?		
Haben sie <b>Diabetis</b> ?		
Für Patientinnen: Besteht bei Ihnen zur Zeit eine <b>Schwangerschaft</b> ? Welche Woche?		
Nehmen sie zur Zeit <b>regelmäßig Medikamente</b> ? Bitte nutzen sie auch die Blattrückseite.		
Haben/hatten sie <b>andere Erkrankungen</b> , die hier nicht aufgeführt sind?		

Ich bin damit einverstanden, dass mir-falls notwendig-eine **örtliche Betäubung** gegeben wird. Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer an Lippe und Zunge in sehr seltenen Fällen zu einem dauerhaften Taubheitsgefühl oder Kribbeln kommen kann. In aller Regel verschwinden diese Irritationen wieder. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach einer örtlichen Betäubung die aktive Teilnahme am Straßenverkehr bis zum Nachlassen der Betäubung für mehrere Stunden mit einer erhöhten Unfallgefahr einhergeht.

Datum:

Unterschrift: