



**Praxis für vitale Zahnheilkunde**

Ruff Zahnärzte AG

Landstrasse 274

FL-9495 Triesen

Tel. + 423 232 69 93 / Fax-97

info@vitalezahnheilkunde.li

www.vitalezahnheilkunde.li

**Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis (Bitte in Blockschrift)**

Name: (Herr/Frau/Frl.)	Vorname:
Name des Partners bzw. Erziehungsberechtigten:	Vorname:
Strasse:	
PLZ, Ort:	Tel. Privat:
Geburtsdatum:	Tel. Geschäft:
Beruf:	
E-Mail:	Handy:

Behandelnder Arzt/ Hausarzt:

Empfohlen durch:

	Zutreffendes bitte ankreuzen	Bemerkungen des Zahnarztes
Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nahmen Sie in den letzten Wochen regelmässig irgendwelche Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, welche?		
Hatten Sie eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente (z.B. Penicillin, Jod etc.)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Haben/hatten Sie Kontakt zu einer Personengruppe mit erhöhtem AIDS-, bzw. Hepatitis-Risiko? Sind Sie HIV positiv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Hatten Sie jemals:</b>		
Asthma, Allergien, Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herzkrankheiten, Herz-Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Endocarditis (Herzmuskelentzündung)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schwierigkeiten mit langem Bluten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nieren- oder Lebererkrankungen? (Gelbsucht, Zirrhose)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaganfall, Epilepsie, Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tuberkulose (TBC)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kopfschmerzen, wie oft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Nackenverspannungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
eine andere ernsthafte Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>Für Frauen:</b> Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Datum:

Unterschrift: