



Dr. Hans Häckel | Dr. Gregor Häckel
ZAHNÄRZTE

Name: _____
Adresse: _____
Geb.-Datum: _____
Geburtsort: _____
Tel. Privat: _____
Beruf: _____
Arbeitgeber: _____
Tel. Gesch.: _____

Leiden Sie unter Allergien gegen z.B.:

Lokalanästhetika Nein Ja
Schmerzmittel Nein Ja
Antibiotika Nein Ja

Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

Hoher Blutdruck Nein Ja
Niedriger Blutdruck Nein Ja
Herzoperation Nein Ja
Herzschrittmacher Nein Ja

Leiden Sie unter Infektionskrankheiten?

HIV Nein Ja
Hepatitis Nein Ja A B C
Tuberkulose Nein Ja

Leiden Sie unter weiteren Krankheiten?

Blutgerinnungsstörung Nein Ja
Asthma Nein Ja
Lungenerkrankung Nein Ja
Schilddrüsenerkrankung Nein Ja
Rheuma Nein Ja
Epilepsie Nein Ja
Diabetes Nein Ja
Nierenfunktionsstörungen Nein Ja
Ohnmachtsneigung Nein Ja
Osteoporose (Bisphosphonate) Nein Ja

Allgemeine Angaben:

Regelmäßige Medikamente Nein Ja seit wann: _____ Medikament: _____
Haben Sie Angst vor der Behandlung Nein Ja _____
für Frauen: Schwangerschaft Nein Ja welcher Monat: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____