



HIV-Infektion	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Lebererkrankung/Hepatitis	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tuberkulose	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Creuzfeld-Jakob-Erkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Lokalanästhesie/ Spritzenunverträglichkeit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Antibiotikaallergie	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schmerzmittelunverträglichkeit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Metallunverträglichkeit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Befinden Sie sich in Chemotherapie?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Befinden Sie sich in Strahlentherapie?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nehmen Sie Bisphosphonate ein?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Einnahme von Medikamenten:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Welche? _____		
Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wenn ja, welcher Monat? _____		
Wurden bei Ihnen größere OPs durchgeführt?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt? _____		

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Stockach, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( Unterschrift Patient)