

The Healing Center @ Dino Bonyadi, DDS
Family and Cosmetic Dentistry

Patient Name _____ Date of Birth _____

Please list below all medications you are currently taking.

MEDICATION

REASON

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____
- 11) _____
- 12) _____
- 13) _____
- 14) _____
- 15) _____
- 16) _____
- 17) _____
- 18) _____
- 19) _____
- 20) _____

Signature: _____ Date: _____