

<b>Name, Vorname</b>		<b>Adresse</b>	
<b>Telefon</b>		<b>Email</b>	
<b>Beruf</b>		<b>Zahnarzt</b>	
<b>Überweisender Arzt</b>		<b>Hausarzt</b>	
Geburtsdatum:	Größe:	Gewicht:	
Frauen: Könnte eine <b>Schwangerschaft</b> vorliegen?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Rauchen</b> Sie? Menge:		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig <b>Alkohol</b> ? Menge:		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie <b>Medikamente</b> ? Welche? (z.B. <b>ASS, Marcumar, Aspirin, Falithrom, Kortison, Insulin, Antibiotika, Bisphosphonate</b> )		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine <b>Blutkrankheit</b> , haben Sie eine erhöhte <b>Blutungsneigung</b> (z.B. bei Verletzungen oder bei Zahnbehandlungen, häufiges Nasenbluten) oder entstehen leicht <b>blaue Flecken</b> (Hämatome)?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wie ist Ihr <b>Blutdruck</b> ? normal <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> erniedrigt <input type="checkbox"/>			
Besteht eine <b>Herz-</b> oder <b>Lungenkrankheit</b> (z.B. Herz(klappen)fehler, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bronchialasthma, Emphyse). Wenn ja, welche?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie <b>Allergien</b> (z.B. allerg. Asthma, Heuschnupfen) oder Überempfindlichkeiten. Wenn ja, welche? (z.B. gegen Pflaster, Latex, Nahrungsmittel, Medikamente, örtliche Betäubung, Jod, Kontrastmittel)?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Infektionskrankheiten</b> (z.B. Tbc, HIV, Hepatitis, Andere), <b>Kinderkrankheiten</b> ? Wenn ja, welche?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Unter- oder Überfunktion der <b>Schilddrüse</b> ?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Zuckerkrankheit ( <b>Diabetes</b> )?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine <b>Nierenerkrankung</b> ?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine <b>Lebererkrankung</b> ?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine <b>Chronische Erkrankungen</b> z. B. des Nervensystems, wie Krampfanfälle (Epilepsie), Grüner Star (Glaukom)? Wenn ja, welche?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie früher schon einmal <b>operiert</b> ?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann und aus welchem Grund? _____ Gab es dabei Probleme?			

Ich bin damit einverstanden, dass Befunde an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden (z. B. überweisender Arzt, Kardiologie, Pflegeheim etc...)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Datum:	Unterschrift:	