

Grund Ihres Besuches:

Nachname Patient/in	Vorname	Geb.-Datum
Straße	PLZ, Ort	Telefon
Krankenkasse/Privatkasse	Zahnarzt	Hausarzt
Beruf	E-Mail	Terminbestätigung erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nachname Hauptversicherte/r	Vorname	Geb.-Datum
Straße	PLZ, Ort	Telefon

Wir bitten Sie, folgende Fragen für eine komplikationsfreie Behandlung zu beantworten.

<p>Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?</p> <p><input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Herzklappenersatz</p> <p><input type="checkbox"/> Endokarditis</p> <p><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher</p> <p><input type="checkbox"/> Herzinfarkt</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall</p> <p><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)</p> <p><input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Lebererkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma</p> <p><input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie)</p> <p><input type="checkbox"/> Rheuma, Arthritis</p> <p><input type="checkbox"/> Haben Sie künstliche Gelenke?</p>	<p>Allergien (Medikamente, Latex, etc): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja welche?</p>	<p>Sonstige Erkrankungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja welche?</p>
	<p>Ansteckende Krankheiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C/Gelbsucht</p> <p><input type="checkbox"/> HIV/AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose</p>	<p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja welche?</p>
	<p>Krebserkrankung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja welche?</p> <p><input type="checkbox"/> Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich</p> <p><input type="checkbox"/> Chemotherapie</p>	<p>Besteht eine Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, in welchem Monat?</p>
	<p>Blutungsneigung bzw. nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja welche?</p>	<p>Bisphosphonattherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporose (Knochenschwund)</p> <p><input type="checkbox"/> Krebserkrankung</p>

Mannheim, den

Unterschrift: