

Name..... Vorname.....
 Geburtsdatum..... Geburtsort.....
 Wohnort..... Telefon.....
 Straße, Nr. Mobiltelefon.....
 Beruf..... Arbeitgeber

Hausarzt (mit Ort). Zahnarzt (mit Ort)

welcher Arzt hat Sie überwiesen?

Größe:..... Gewicht:..... Krankenkasse.....

Vorerkrankungen	Ja	Nein
Herz (z.B. Herzfehler, Infarkt, Herzschmerzen, Atemnot beim Treppensteigen, Rhythmusstörungen)		
Kreislauf (z.B. hoher/niedriger Blutdruck)		
Gefäße (z.B. Schlaganfall, Thrombose)		
Lunge/Bronchien/Atemwege (z.B. Asthma, Schlafapnoe)		
Leber/Nieren		
Speiseröhre/Magen		
Schilddrüse (z.B. Kropf, Über-/Unterfunktion)		
Muskelerkrankungen bei Ihnen oder bei Blutsverwandten		
Blut/Blutgerinnung bei Ihnen oder bei Blutsverwandten		
Knochen/Gelenke (z.B. Rheuma, Osteoporose)		
Tumorerkrankung		
Stoffwechsel (z.B. Zuckerkrankheit)		
Kieferhöhlenentzündung		

Vorerkrankungen	Ja	Nein
Sonstige Infektionen (z.B. Tuberkulose, AIDS, Hepatitis/Gelbsucht)		
Augen (z.B. grüner Star)		
Nerven/Gemüt (z.B. Epilepsie, Depressionen)		
Bestehen oder bestanden andere ernsthafte Erkrankungen		

Besonderheiten	Ja	Nein
Komplikationen bei örtlicher Betäubung		
Komplikationen bei Vollnarkosen (bei Ihnen oder bei Blutsverwandten)		
Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose/Knochenschwund?		
Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?		
Sind Sie Raucher?		
Bei Frauen: Könnten Sie schwanger sein?		

Medikamente: Nein Ja, folgende:

Operationen: Nein Ja, folgende:

Allergien: Nein Ja, folgende:

Bei minderjährigen Patienten: Der erschienene Elternteil besitzt das Sorgerecht und handelt im Einverständnis mit dem anderen Elternteil.

Die Partnerschaft gewährleistet die eigenverantwortliche Tätigkeit jedes Behandlers und schließt eine gesamtschuldnerische Haftung durch Haftungskonzentration aus. Die Datenschutzerklärung gemäß DSGVO finden Sie als Aushang im Wartezimmer. Überweisende und weiterbehandelnde Ärzte erhalten von uns einen Behandlungsbericht, falls Sie dem nicht widersprechen.

zur Kenntnis genommen: Datum Unterschrift