

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

Hausarzt (mit Ort)..... Zahnarzt (mit Ort) .....

Größe:.....Gewicht:.....

Krankenkasse.....

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

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

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