



Persönliche Daten

Name: _____
 Vorname: _____ geboren: _____
 Beruf: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____
 Telefon (privat): _____ (dienstlich): _____ (Handy) _____
 Krankenkasse: _____
 Überweisender Arzt: _____
 Hauszahnarzt: _____
 Hausarzt: _____
 (bitte mit Anschrift, soweit bekannt)

Gesundheitsfragen

	ja	nein	unbek.
1. Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit noch in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vertragen Sie gewisse Arzneimittel nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinallergie, Hautausschläge, Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	unbek.		ja	nein	unbek.
Herzerkrankungen (Infarkt, Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkr. z.B. Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Tuberkulose, Hepatitis, Aids / HIV, MRSA)				Zuckererkr. (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenkrankheiten/Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisphosphonattherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wenn ja, welche? _____

8. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein unbek. Wenn ja, in welcher Woche? _____ SSW

9. Aus welchem Grund kommen Sie in die Praxis? _____

(Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigten)