

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____ Hausarzt/ Facharzt : Name, Adresse, Telefonnummer: _____
Medikamente:	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
Allergien:	Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei ihnen ein Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____ Besitzen Sie einen Allergiepaß? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz), Herzinfarkt? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Herzasthma, Angina Pectoris? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sonstiges? _____
Kreislaufferkrankungen:	Zu hoher Blutdruck? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Zu niedriger Blutdruck? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sonstiges? _____
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sonstiges? _____
Stoffwechsel-Erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Magen-Darmerkrankungen? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankungen? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sonstiges? _____
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Krämpfe? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sonstiges? _____
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Blutarmut (Anämie)? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sonstiges? _____
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis A/ B/ C etc.)? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Tuberkulose? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____ Sonstiges? _____
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Sind Sie nikotinabhängig? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wenn ja: welche Menge/ Tag _____
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wenn ja, wie heißt die Praxis? _____ Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat? _____ Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Behandlung:	Sind Sie bei zahnärztlicher Behandlung besonders schmerzempfindlich? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>

Vielen Dank für ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der o.g. Angaben mit.

Datum: _____ Unterschrift: _____