





Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!

Herz-Kreislaufkrankungen:		Infektiöse Erkrankungen:	
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV-Infektion/AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung/Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Infektionskrankheiten (z.B. MRSA)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Creutzfeldt-Jakob	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzoperation	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Allgemeines:		Allergien bzw. Unverträglichkeiten: (bitte Allergiepass vorlegen)	
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalanästhesie/Spritzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht worden? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen:			

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (bitte Medikamentenplan vorlegen)

---

---

---

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ort/ Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter  
oder Betreuungsvormund