

AUFNAHMEBOGEN

.....
Name, Vorname, geb. am, Anschrift

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung ?

Ja Nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

Hausarzt/Facharzt/Heilpraktiker

Name: _____

Adresse/Telefonnummer:

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Allergien

Gegen welche Materialien/Medikamente besteht bei Ihnen Verdacht einer Überempfindlichkeit?

Besitzen Sie einen Allergiepass ?

Ja Nein

Herzerkrankungen

Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Ja Nein

Herzasthma/Angina pectoris? Ja Nein

Herzschrittmacher/Herzklappenersatz? Ja Nein

Sonstiges _____

Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck Ja Nein

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle? Ja Nein

Nehmen Sie Aufputsch-/Beruhigungsmittel? Ja Nein

Sonstiges _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein

Magen-/Darmerkrankungen? Ja Nein

Schilddrüsenkrankheit? Ja Nein

Sonstiges _____

Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle? Ja Nein

Krämpfe? Ja Nein

Sonstiges _____

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein

Blutarmut (Anämie)? Ja Nein

Sonstiges _____

Infektionskrankheiten

Leberentz./Gelbsucht

(Hepatitis A/B)? Ja Nein

Tuberkulose? Ja Nein

Chr. Erkrankung der Atemwege,

Asthma, Husten etc.? Ja Nein

HIV/AIDS? Ja Nein

Erkrankungen der Wirbelsäule Ja Nein

Sonstiges _____

Röntgen – Wurde im letzten Jahr im Kopf-/Kiefer-/Zahnbereich Aufnahmen angefertigt?

Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Haben Sie einen Röntgenpass? Ja Nein

Schwangerschaft Ja/Monat?

Nein

2

Legen Sie Wert auf eine Behandlung
in **örtlicher Betäubung** ? Ja Nein

Sind Sie an einem **Prophylaxeprogramm**
interessiert? Ja Nein

Leiden Sie unter
Mundgeruch? Ja Nein

Schnarchen Sie? Ja Nein

Sonstige Besonderheiten:

VIELEN DANK für Ihre Mithilfe !
Bitte teilen Sie uns Änderungen der Angaben sofort mit.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)