



Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:

Sind Sie schwanger?

J N

Sind Sie zum Zeitpunkt der Aufnahme mind. 18 Jahre alt?

J N

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende an!

1. Allergie gg. Medikamente/Desinfektionsmittel
Welche? _____

J N

9. Tumorerkrankungen
Welche? _____

J N

2. Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung?
Welche? _____

J N

11. Suchterkrankungen
Welche? _____

J N

3. Nehmen Sie „Blutverdünner“?
Welche? _____

J N

12. Seelische Erkrankungen
Welche? _____

J N

4. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus

J N

13. Operationen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich
(innerhalb der letzten 5 Jahre)

J N

5. Glaukom (grüner Star)

J N

14. Sonstiges:

J N

6. Chronische Infektionskrankheiten
Welche? _____

J N

15. Medikamente:
Welche? _____

J N

7. Nierenerkrankungen/Dialyse
Welche? _____

J N

8. Neurologische Erkrankungen
Welche? _____

J N

Sollten im Rahmen der Behandlung Privat- oder Wunschleistungen erforderlich werden, rechnen wir diese über ein Rechenzentrum ab. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis uns zu diesem Zweck von unserer Schweigepflicht zu entbinden.

Telefonnummer: _____

Email: _____

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____