



**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**  J  N  
 Welche? \_\_\_\_\_

9. **Tumorerkrankungen**  J  N  
 Welche? \_\_\_\_\_

2. **Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung?**  J  N  
 Welche? \_\_\_\_\_

11. **Suchterkrankungen**  J  N  
 Welche? \_\_\_\_\_

3. **Nehmen Sie „Blutverdünner“?**  J  N  
 Welche? \_\_\_\_\_

12. **Seelische Erkrankungen**  J  N  
 Welche? \_\_\_\_\_

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**  J  N  
 Welche? \_\_\_\_\_

15. **Medikamente:**  J  N  
 Welche? \_\_\_\_\_

7. **Nierenerkrankungen/Dialyse**  J  N  
 Welche? \_\_\_\_\_

8. **Neurologische Erkrankungen**  J  N  
 Welche? \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_