



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

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: \_\_\_\_\_