



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 teilen Sie uns mit, wenn Sie für ihr Kind das geteilte Sorgerecht haben

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: \_\_\_\_\_