A Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____

Telefon _____ Versicherung/Privat _____

B Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen ?

Falls Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

		ja	nein	
1	Allergie (welche)	☐	☐	
2	Atemwegserkrankungen (welche)	☐	☐	
3	Blutgerinnungsstörung	☐	☐	
4	Diabetes (welcher Typ)	☐	☐	
5	Anfallsleiden (Epilepsie)	☐	☐	
6	Künstliche Gelenke	☐	☐	
7	Grüner Star (erhöhter Augendruck)	☐	☐	
8	Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	
9	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	☐	☐	
9.1	Herzinsuffizienz / schwäche	☐	☐	
9.2	Angina pectoris	☐	☐	
9.3	Herzinfarkt	☐	☐	
9.4	Herzrythmusstörungen	☐	☐	
9.5	Herzschrittmacher	☐	☐	
9.6	Herzklappenerkrankung	☐	☐	
9.7	Erhöhter Blutdruck	☐	☐	
9.8	Verminderter Blutdruck	☐	☐	
9.9	Durchblutungsstörungen	☐	☐	
10	Infektionskrankheiten (welche, z.B. HIV, Tuberculose, Hepatitis)	☐	☐	
11	Lebererkrankungen	☐	☐	
12	Magen-Darm-Erkrankungen	☐	☐	
13	Nierenerkrankungen	☐	☐	
14	Osteoporose	☐	☐	
15	Rheumaerkrankungen	☐	☐	
16	Tumorerkrankungen	☐	☐	
17	sonstige Erkrankungen	☐	☐	

C Weitere Fragen

18	Frühere Operationen? (welche)	☐	☐	
19	Besteht eine Schwangerschaft?	☐	☐	
20	Nehmen Sie Medikamente? (welche ? z.B. Herz- Kreislauf, Lunge, "Pille" etc.)	☐	☐	

D Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? ☐ ☐

Ggfs. wann zum letzten Mal ? _____

Name des Arztes _____ Anschrift des Arztes _____

E Haben Sie Spritzen beim Zahnarzt immer gut vertragen ? ☐ ☐ _____

Mit der Übermittelung von Behandlungsdokumenten, Untersuchungsbefunden und Röntgenunterlagen an weiter- und mitbehandelnde Kollegen, auch per Mail, Serverupload, CD, DVD o.ä., bin ich einverstanden.

Helmstedt, den _____ Unterschrift _____