

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Adresse, Tel.-Nr. _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien: Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)? ja nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ja nein
Herzasthma, Angina pectoris? ja nein
Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ja nein
Sonstiges? _____

**Kreislauf-
erkrankungen:** Zu hoher Blutdruck? ja nein
Zu niedriger Blutdruck? ja nein
Hatten Sie einen Herzinfarkt? ja nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (ASS, Marcumar)?
welche? _____ ja nein

**Vegetative
Erkrankungen:** Ohnmachtsanfälle? ja nein
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?
Sonstiges? _____ ja nein

**Stoffwechsel-
erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Magen-Darmerkrankungen? ja nein
Nierenerkrankung / Dialysepatient? ja nein
Schilddrüsenerkrankung? Welche: _____ ja nein

**Erkrankungen des
Nervensystems:** Epileptiforme Anfälle? ja nein
Sonstiges? _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein
Blutarmut (Anämie)? ja nein
Sonstiges? _____

**Infektions-
krankheiten:** Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis A/B/C) ? ja nein
Tuberkulose? ja nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ja nein
Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? ja nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____
Sonstiges? _____

Sonstiges: Osteoporose? ja nein
Tumorerkrankungen? ja nein
Frühere Operationen? Welche? _____ ja nein
Haben Sie Endoprothesen (z.B. künstliche Knie, Hüfte)?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
Haben Sie Angst vor der Behandlung? ja nein
Vermuten Sie, an Mundgeruch zu leiden? ja nein

Weitere Angaben: Sind Sie Drogen- oder alkoholabhängig? ja nein
Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ja nein
Wenn ja, wo? _____

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____ ja nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum: _____

Unterschrift: _____