



Name, Vorname (Patient) Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

Beruf Telefon

Name, Vorname (Versicherter) Geburtsdatum

Leiden Sie an:

Herz- und Kreislaufbeschwerden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Blutkrankheit, Blutungsneigung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Allergien / Heuschnupfen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenkrankheit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (AIDS, TBC, Hepatitis)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Glaukom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie eine Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten oder Materialien? Ja Nein

Falls Ja, welche _____

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Falls Ja, weswegen _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Falls Ja, welche _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder nehmen Drogen zu sich? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Wann waren Ihre letzten Röntgenuntersuchungen? _____

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden von uns streng vertraulich behandelt.

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für 4-6 Stunden beeinträchtigt sein kann!

Datum Unterschrift

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger:

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig.

Datum Unterschrift, Erziehungsberechtigter