

## Ärztliche Behandlung

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
 Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

.....

## Heilpraktiker

Sind Sie bei einem Heilpraktiker in Behandlung?  Ja  Nein

## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? .....

.....

## Allergien

Sind Sie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente allergisch?  Ja  Nein

Wenn ja, gegen welche? .....

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

## Herzerkrankungen

(Angeborener) Herzfehler  Ja  Nein

Herzschwäche (Insuffizienz)  Ja  Nein

Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)  Ja  Nein

Herzasthma, Angina pectoris, Herzinfarkt  Ja  Nein

Herzschrittmacher, Herzklappenfehler  Ja  Nein

## Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck  Ja  Nein

Zu niedriger Blutdruck  Ja  Nein

Zustand nach Schlaganfall  Ja  Nein

Gefäßprothesen  Ja  Nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  Ja  Nein

## Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle  Ja  Nein

Kopfschmerzen/Migräne  Ja  Nein

Nehmen Sie Anregungs- o. Beruhigungsmittel?  Ja  Nein

## Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein

Magen- und Darmerkrankung  Ja  Nein

Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

## Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle  Ja  Nein

## Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)  Ja  Nein

Tuberkulose  Ja  Nein

Chronische Erkrankung d. Atemwege, Husten, ...  Ja  Nein

Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?  negativ  positiv

Sonstiges (Diphtherie, Röteln, Mumps, etc.)  Ja  Nein

## Weitere Angaben

Erkrankungen Lunge, Niere, Prostata  Ja  Nein

Hatten oder haben Sie einen Tumor?  Ja  Nein

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  Ja  Nein

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Augenkrankheiten, z.B. Grauer bzw. Grüner Star, Glaukom?  Ja  Nein

Haben Sie Hautkrankheiten?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Würgereiz?  Ja  Nein

## Röntgen

Wurden in den letzten 12 Monaten in einer anderen Praxis Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Zahnbereich angefertigt?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? .....

## Für Patientinnen: Schwangerschaft

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Monat? .....

Sonstiges .....

.....

.....

Bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte muss diese spätestens 14 Tage nach Behandlungstermin vorbeigebracht werden, andernfalls erfolgt eine Privatabrechnung, mit der Sie sich durch Ihre Unterschrift ausdrücklich einverstanden erklären.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass zahnärztliche Betäubungsmittel meine Verkehrstüchtigkeit beeinflussen können.

.....  
 Hannover, den

.....  
 Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter