

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt

Name, Adresse und Telefon-Nr.: _____

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Bekommen Sie regelmäßig Infusionen verabreicht?

ja nein

Wenn ja, welches Medikament? _____

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? _____

Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck?

ja nein

Zu niedriger Blutdruck?

ja nein

Zustand nach Herzinfarkt?

ja nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

ja nein

Sonstiges? _____

Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle?

ja nein

Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?

ja nein

Sonstiges? _____

Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)?

ja nein

Magen-/ Darmerkrankungen?

ja nein

Schilddrüsenerkrankungen?

ja nein

Sonstiges? _____

Erkrankung des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle?

ja nein

Krämpfe?

ja nein

Sonstiges? _____

Bluterkrankungen

Blutungsneigung (Hämophilie)?

ja nein

Blutarmut (Anämie)?

ja nein

Sonstiges? _____

Infektionskrankheiten

Leberentz./Gelbsucht (Hepatitis A/B)?

ja nein

Tuberkulose?

ja nein

Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.?

ja nein

Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges? _____

Weitere Angaben

Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?

ja nein

Röntgen

Wurden im letzten Jahr Aufnahmen im Kopf-/ Kiefer-/ Zahnbereich angefertigt?

ja nein

Wenn ja, wo? _____

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.

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 _____