



Bitte ausfüllen und ankreuzen

Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten:

Anschrift des Patienten:

Tel. privat: _____ Tel. gesch: _____

Hausarzt:

Tel. _____

Sie sind bei einem Facharzt in Behandlung?
(Name)

Tel. _____

1. Liegen oder lagen Erkrankungen vor, an

Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente?
Wenn ja, welche?

1.1 Herz – Kreislauf - Erkrankung

a) Herzinsuffizienz

b) Koronare Herzkrankheiten/
Angina pectoris

c) Herzinfarkt

d) Herzrhythmusstörungen

e) Herzschrittmacher

f) Herzklappenfehler / -ersatz

g) Hypertonie (erhöhter Blutdruck)

h) Hypotonie (niedriger Blutdruck)

i) Schlaganfall (Apoplex)

1.2 Atemwegserkrankungen

1.3 Lebererkrankungen

1.4 Nierenerkrankungen

1.5 Diabetes (welcher Typ)

1.6 Sonstige Stoffwechselerkrankungen
(z.B. Schilddrüsenerkrankungen)

1.7 Neurologische Erkrankungen
(z.B. Parkinson)

1.8 Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)

1.9 Glaukom (erhöhter Augendruck)

bitte wenden!

Nehmen Sie Medikamente ?
Wenn ja, welche?

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 2. Reumatische Erkrankungen | Ja | Nein | _____ |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Allergien (Wenn ja, welche?) | Ja | Nein | _____ |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3.1 Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| a) HIV – Infektion (AIDS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| b) Hepatitis (welcher Typ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| c) Creutzfeld Jakob | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3.2 Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3.3 Hämatologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| a) Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| b) Erkrankungen blutbildender Organe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3.4 Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3.5 Zeigen Sie Spritzenreaktionen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| a) Werden Sie ohnmächtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| b) Wird Ihnen schlecht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Wir informieren sie darüber, dass durch eine Lokalanästhesie in sehr seltenen Fällen der Nerv in Mitleidenschaft gezogen werden kann.

Daraus resultieren manchmal Geschmacks- und Gefühlsstörungen, sowie Taubheitsgefühle von Zunge, Lippe oder Wange.

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 3.6 Raucher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| 3.7 Ehemaliger Raucher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Empfehlung / Überweisung durch: _____

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!

Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

1. Jahr, Datum: _____ Unterschrift: _____

2. Jahr, Datum: _____ Unterschrift: _____

3. Jahr, Datum: _____ Unterschrift: _____