

Befinden Sie sich zurzeit in ärztl. Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wer ist der behandelnde Arzt?		
Haben Sie ... ▶ Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
▶ Herzerkrankungen? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
▶ Kreislaufkrankungen? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
▶ Allergien/Arzneimittelüberempfindlichkeiten? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
▶ Bluterkrankungen? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
▶ Innere Krankheiten (z.B. Diabetes)? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie einen... Herzschrittmacher?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es sonst etwas, worauf wir achten sollten? Wenn ja, worauf?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Röntgenuntersuchung der Zähne?		
Wer ist Ihr Hausarzt?		
Durch wen wurden Sie empfohlen bzw. wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?		
Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns im eigenen Interesse unverzüglich Veränderungen der obigen Angaben mit.		
Datum, Unterschrift:		

