

Vor- & Nachname

Anschrift

Geburtsdatum

Telefon

Hausarzt

Zahnarzt

Beruf

Krankenkasse

 Nehmen Sie **regelmäßig** Medikamente ein? Nein Ja Welche:

 Nehmen Sie **Blutverdünner** ein? Nein Ja Welche:

 Nehmen Sie **Bisphosphonate** ein? Nein Ja Welche:

 Bestehen **Allergien gegen Medikamente**? Nein Ja Welche:

Sind bei früheren Narkosen, Sedierungen oder örtlichen Betäubungen Schwierigkeiten aufgetreten? Nein Ja Welche:

Wurden Sie bereits einmal operiert? Nein Ja Rauchen Sie? Nein Ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Sind Sie schwanger? Nein Ja

Sind bei Ihnen Erkrankungen folgender Systeme bekannt?

Herz-Kreislauf-System	Nein	Ja	Gefäße	Nein	Ja
Blut/Gerinnung	Nein	Ja	Atemwege	Nein	Ja
Lunge	Nein	Ja	Stoffwechsel (Diabetes mellitus etc.)	Nein	Ja
Schilddrüse	Nein	Ja	Leber	Nein	Ja
Niere	Nein	Ja	Nerven	Nein	Ja
Psyche	Nein	Ja	Knöchernes System	Nein	Ja
Muskuloskelettales System	Nein	Ja	Infektionen (HIV, Hepatitis)	Nein	Ja

Ort, Datum

Unterschrift (Patient:in, Erziehungsberechtigte)