

Vor- &amp; 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)