

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Hausarzt/Facharzt: Name, Anschrift: _____

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

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? _____

**Kreislauf-
erkrankungen:** 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? _____

**Stoffwechsel-
erkrankungen:** Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein
Magen-Darmerkrankungen? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankungen? Ja Nein
Sonstiges? _____

**Erkrankung des
Nervensystems:** Epileptische Anfälle? Ja Nein
Krämpfe? Ja Nein
Sonstiges? _____

Bluterkrankungen: Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein
Blutarmut (Anämie)? Ja Nein
Sonstiges? _____

**Infektions-
krankheiten:** Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/_____)? Ja Nein
Tuberkulose? Ja Nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Ja Nein
Aids (HIV-Positiv)? Ja Nein
Sonstiges? _____

Weitere Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein
Sind Sie Raucher? Ja Nein

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Ja Nein
Wenn ja, wo? _____

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben mit.

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT: _____