

Aufnahmebogen

Ärztliche Behandlung:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	ja	nein
Hausarzt/Facharzt:	Name, Adresse, Telefon		
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)? Unregelmässiger Herzschlag (Arrhythmien)? Herzasthma, Angina pectoris? Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Sonstiges?	ja ja ja ja	nein nein nein nein
Vegetative Erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle? Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel Sonstiges?	ja ja	nein nein
Stoffwechselferkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)? Magen-Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen? Sonstiges?	ja ja ja	nein nein nein
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptiforme Anfälle? Krämpfe? Sonstiges?	ja ja	nein nein
Bluterkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie), Blutverdünnung (Macumar)? Blutarmut (Anämie)? Sonstiges?	ja ja	nein nein
Infektionskrankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)? Tuberkulose? Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Wurde bei Ihnen ein Aidsstest durchgeführt? Wenn ja, mit welchem Ergebnis? Sonstiges?	ja ja ja ja	nein nein nein nein
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?	ja	nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn ja, wo? Unsere modernen digitalen Geräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis.	ja	nein
Schwangerschaft:	Wenn ja, in welchem Monat?		

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

Datum: _____ Unterschrift: _____