

Name _____ Geb. Datum _____

Anschrift: _____

Tel.Nr. und email Adresse : _____

Beruf / Arbeitgeber: _____ GKV bei _____ Privat Vers. bei _____

Hausarzt / Facharzt: _____

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig? (z.B. ASS, Marcumar, Plavix, ...)

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz) ☐ ja ☐ nein
Zustand nach Herzinfarkt: ☐ ja ☐ nein
Endokarditisprophylaxe ☐ ja ☐ nein
Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein
Sonstige Herzerkrankungen:

Kreislaufferkrankungen:

Hoher Blutdruck (Hypertonie) ☐ ja ☐ nein
Niedriger Blutdruck (Hypotonie) ☐ ja ☐ nein
Schlaganfall (Apoplex) ☐ ja ☐ nein
Sonstiges:

Atemwegserkrankung (Asthma) ☐ ja ☐ nein
Lungenerkrankungen ☐ ja ☐ nein

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie) ☐ ja ☐ nein
Blutarmut (Anämie) ☐ ja ☐ nein
Blutgerinnungsstörung ☐ ja ☐ nein

Stoffwechsel- und Organerkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes) ☐ ja ☐ nein
Magen-Darm-Erkrankungen ☐ ja ☐ nein
Schilddrüsenerkrankung ☐ ja ☐ nein

Infektiöse Erkrankungen:

HIV-positiv / Aids ☐ ja ☐ nein
Gelbsucht (Hepatitis A, B, C) ☐ ja ☐ nein
Tuberkulose ☐ ja ☐ nein
Creutzfeldt-Jakob ☐ ja ☐ nein

Niereninsuffizienz / Dialyse ☐ ja ☐ nein
Lebererkrankungen ☐ ja ☐ nein
Rheuma ☐ ja ☐ nein

Allergie: (z.B. Latex, Amalgam, Jod) ☐ ja ☐ nein
Arzneimittelallergie? (z.B. Penicillin) ☐ ja ☐ nein

Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein
wenn ja, in welchem Monat?

Allergiepaß? ☐ ja ☐ nein
Sonstige Allergien?

Sonstige Angaben:

Sind oder waren Sie
Raucher? ☐ ja ☐ nein
wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag?
Alkoholiker? ☐ ja ☐ nein
Medikamenten- / Drogenabhängig? ☐ ja ☐ nein

Datum: _____

Ihre Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Angaben und Ihre Mithilfe.

Ihre Zahnärzte
Dr. E. Karinos M Sc, D.D.S.S.Kontogeorgou
Dr.U. Bulling , Dr.M. Zich, MDDr. C. Karinos, ZÄ. P. Fritz,
ZA. D. Mastoras