

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) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Zustand nach Herzinfarkt:   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Endokarditisprophylaxe      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Herzschrittmacher           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sonstige Herzerkrankungen:  | .....                    |                            |

Atemwegserkrankung (Asthma)

- |                    |                          |                            |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|

Stoffwechsel- und Organerkrankungen:

- |                              |                          |                            |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Zuckerkrankheit (Diabetes)   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Magen-Darm-Erkrankungen      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schildrüsenerkrankung        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niereninsuffizienz / Dialyse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Lebererkrankungen            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Rheuma                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Schwangerschaft:  
wenn ja, in welchem Monat? .....

Sonstige Angaben:

- |                                       |                          |                            |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Sind oder waren Sie<br>Raucher ?      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| wenn ja, wieviel Zigaretten pro Tag ? | .....                    |                            |
| Alkoholiker ?                         | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Medikamenten- / Drogenabhängig ?      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Kreislauferkrankungen:

- |                                 |                          |                            |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Hoher Blutdruck (Hypertonie)    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Schlaganfall (Apoplex)          | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Sonstiges: .....                |                          |                            |

Bluterkrankungen:

- |                              |                          |                            |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Blutungsneigung (Hämophilie) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutarmut (Anämie)           | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Blutgerinnungsstörung        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Infektiose Erkrankungen:

- |                               |                          |                            |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| HIV-positiv / Aids            | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Gelbsucht (Hepatitis A, B, C) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Tuberkulose                   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Creutzfeldt-Jakob             | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Allergie: (z.B. Latex, Amalgam, Jod)    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Arzneimittelallergie? (z.B. Penicillin) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

- |              |                          |                            |
|--------------|--------------------------|----------------------------|
| Allergiepaß? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
|--------------|--------------------------|----------------------------|

Sonstige Allergien? .....

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