

Nachname des Patienten:.....Vorname:.....geb.:.....  
wohnhaft:.....  
telefonisch erreichbar unter:.....  
Name des Versicherten (falls abweichend):.....geb.:.....  
Krankenkasse:.....  
Hauszahnarzt:.....Hausarzt:.....  
Empfohlen/ Überwiesen durch:.....

---

**1. Wurden Sie jemals operiert:** Ja  Nein

Wenn ja, wann und aus welchem Grund?.....  
Traten dabei Probleme auf?.....

**2. Besteht eine Bluterkrankheit**, haben Sie eine erhöhte Blutungsneigung oder entstehen leicht blaue Flecken ohne besonderen Anlass? Ja  Nein

**3. Besteht eine Herz- oder Lungenkrankheit** (z.B. Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, Bronchialasthma) oder tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja  Nein

**4. Besteht eine der folgenden Erkrankungen** (bitte ankreuzen)?

- Schilddrüsenfehlfunktion       Diabetes  
 sonstige Stoffwechselerkrankungen: .....

Chronische Erkrankung: .....

Infektionskrankheit, z. B. Hepatitis, Tbc, AIDS .....

Allergie oder Überempfindlichkeit: .....

**5. Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?** Ja  Nein

Wenn ja, weshalb: .....

**6. Nehmen Sie Medikamente oder Ergänzungspräparate?** Ja  Nein

Wenn ja, welche?.....

**7. Rauchen Sie?** Ja  Nein

Wenn ja, welche Menge?.....

**8. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?** Ja  Nein

Wenn ja, welche Menge? .....

**9. Für Frauen: Könnten Sie schwanger sein?** Ja  Nein  Ungewiss

---

Haben Sie alle Fragen verstanden? Ja  Nein

Datum:..... Unterschrift des Versicherten/ Patienten:.....