



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um bei Ihrer Behandlung Ihren derzeitigen Gesundheitszustand berücksichtigen zu können, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten:

Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Krankenkasse _____
Straße _____	PLZ, Ort _____
Telefon privat _____	E-Mail _____
Hausarzt _____	Zahnarzt _____

Für Patienten unter 18 Jahren

Hauptversicherter _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ, Ort _____

Haben Sie einen **Pflegegrad**? Wenn ja welchen? _____ ja nein

Wer hat uns empfohlen? _____ Rauchen Sie? ☐ ☐

Stehen Sie zurzeit in allgemeinärztlicher Behandlung? ☐ ☐

Traten nach chirurgischen Eingriffen/Verletzungen länger andauernde Blutungen auf? ☐ ☐

Nehmen Sie Medikamente, die eine Veränderung der Blutgerinnung herbeiführen sollen
(**Marcumar, ASS, Plavix oder ähnliches**)? ☐ ☐

Haben Sie eine Überempfindlichkeit (Allergie)?
Wenn ja, gegen welche? ☐ ☐

Wurde jemals eine Herzerkrankung festgestellt?
(z.B. Herzschrittmacher oder Herzklappenersatz) ☐ ☐

Haben oder hatten Sie eine Lebererkrankung (Gelbsucht)?
Wenn ja, wann? ☐ ☐

Liegen Erkrankungen des Immunsystems vor (z. B. HIV)? ☐ ☐

Haben Sie sonstige Erkrankungen? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? ☐ ☐

Erfolgte in den letzten 2 Jahren eine Therapie mit sog. Bisphosphonaten
(z.B.: Aredia, Zometa, Fosamax)? ☐ ☐

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen der Kiefer/ Zähne angefertigt? ☐ ☐

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ☐

Nach Injektionen jeglicher Art sollten Sie mind. 2 Stunden kein Kraftfahrzeug selbst führen!
Wir bitten, Termine spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, ansonsten müssen wir Ihnen die uns entstandene Ausfallzeit in Rechnung stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Hannover, den _____ Unterschrift _____