



**Bitte beantworten Sie folgende Fragen sorgfältig:**

<b>Infektionskrankheiten</b>		<b>Haben Sie eine</b>	
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Penicillinallergie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Schmerzmittelallergie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	- Latexallergie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzfehler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
künstl. Herzklappe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Nehmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	
Bekommen Sie eine Chemotherapie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	
Bekommen Sie eine Strahlentherapie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	
Andere Erkrankungen? wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig?			
Behandelnder Hausarzt (Facharzt):			
Gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		wenn ja: Betreuer (Name, Adresse, Telefonnummer)	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welcher Monat:	
Sind Sie oder waren Sie drogen- und/oder alkoholabhängig?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sind Röntgenaufnahmen der Zähne vorhanden, die nicht älter als ein Jahr sind?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Name des Zahnarztes:	
Möchten Sie an die nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?	<input type="checkbox"/> ja, per Post <input type="checkbox"/> ja, per Email <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 1 x jährlich <input type="checkbox"/> 2 x jährlich	

**Beachten Sie bitte, dass nach Injektionen die Reaktionsfähigkeit eingeschränkt sein kann.**

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben und verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Trier, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_