

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>	<b>Telefonnr.:</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1	Zuckerkrankheit (Diabetes)? HbA1c-Wert_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Herzerkrankungen (Herzklappe,-infarkt,-schrittmacher)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Kreislaufferkrankungen (Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nehmen Sie Blutverdünner, welchen?_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, welche? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Erkrankungen der Atemwege (Asthma)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Andere Infektionskrankheiten (HIV)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Nierenerkrankungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Sind Allergien bekannt, welche?_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Schilddrüsenerkrankung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Magen-Darm-Erkrankung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Tumorerkrankungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Rheuma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Anfallsleiden (Epilepsie)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Psychosomatische Erkrankungen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Bestehen andere Erkrankungen? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Sind Sie Raucher?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Wer ist Ihr Hausarzt? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Haben Sie eine Zusatzversicherung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Leiden Sie an Atemaussetzern im Schlaf, sind interessiert an Lachgasbehandlung oder interessiert, verlorengegangene Zähne durch Implantate zu ersetzen? Bitte sprechen Sie uns an.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>