

# Anmelde- und Gesundheitsfragebogen

Patient: .....  
Name Vorname geb.

Mitglied: .....  
Name Vorname geb.

Anschrift: .....  
Straße Nr. Telefon  
.....  
Postleitzahl Ort Land

Krankenversicherung: .....

Beruf/Arbeitgeber: .....

**Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau!**

## Herz-/Kreislaferkrankungen:

Bluthochdruck  ja  nein  
Herzklappenfehler  ja  nein  
Herzklappenersatz  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Endokarditis  ja  nein  
Herzoperation  ja  nein

Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein  
Asthma/Lungenerkrankungen  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen  ja  nein  
Diabetes/Zuckerkrankheit  ja  nein  
Drogenabhängigkeit  ja  nein  
Nierenerkrankungen  ja  nein  
Ohnmachtsanfälle  ja  nein

## Infektiöse Erkrankungen:

AIDS  ja  nein  
Hepatitis  ja  nein  
Tuberkulose  ja  nein

## Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

Lokalanästhesie/Spritzen  ja  nein  
Antibiotika  ja  nein  
Schmerzmittel  ja  nein

Metalle.....

Sonstige Erkrankungen: .....

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßige beziehungsweise zur Zeit ein?

.....  
Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

....., den ..... Datum  
Ort Unterschrift

Praxisstempel:

Notizen: