

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Grund: _____
 Nein

Hausarzt (Name, Adresse, Tel.-Nummer): _____

Medikamente Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
Nehmen Sie oder haben Sie schon einmal Bisphosphonate eingenommen? Ja Nein

Allergien Gegen welche Materialien und Medikamente besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit
oder Allergie? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? Ja Nein

Kreuzen Sie bitte an, ob Sie an einer der folgenden Erkrankungen/Befunde leiden/gelitten haben:

Herz Herzschwäche (Insuffizienz)? Ja Nein
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmie)? Ja Nein
Herzasthma/Angina Pectoris? Ja Nein
Herzschrittmacher/Herzklappenersatz? Ja Nein

Kreislauf Ist Ihr Blutdruck zu hoch? Ja Nein
Ist Ihr Blutdruck zu niedrig? Ja Nein
Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? Ja Nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Vegetative Ohnmachtsanfälle? Ja Nein

Erkrankungen Tinnitus? Ja Nein
Migräne? Ja Nein

Stoffwechsel „Zucker“ (Diabetes)? Ja Nein
Magen- Darmerkrankung? Ja Nein
Schilddrüsenerkrankung? Ja Nein

Nervensystem Epileptische Anfälle? Ja Nein
Krämpfe? Ja Nein

Blut Blutungsneigung (Hämophilie)? Ja Nein

Infektionen Hepatitis A/B/C? Ja Nein
HIV / AIDS? Ja Nein
Chronische Atemwegserkrankungen? Ja Nein

Sonstiges Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig? Ja Nein

Röntgen Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-/Kiefer-/Zahnbereich geröntgt? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin: _____

Datum_____

Unterschrift_____