



Dr. Vogeler

Implantologie • Ästhetische Zahnheilkunde

Am Rohrgraben 5
79249 Merzhausen

Tel: 0761 405016
Fax: 0761 406326

mail@praxis-dr-vogeler.de
www.praxis-dr-vogeler.de

Ärztliche Behandlung: Hausarzt/Facharzt: Medikamente:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn Ja, wegen welcher Erkrankung? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergien:	Besitzen Sie einen Allergiepass? Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herz-Kreislauf- Erkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)? Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt? Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? Zu hoher Blutdruck? Zu niedriger Blutdruck? Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pulmonale Erkrankungen:	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? Asthma bronchiale? Tuberkulose? Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stoffwechsel- Erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? Magen-Darmerkrankungen? Schilddrüsenerkrankungen? Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptische Anfälle? Ohnmachtsanfälle? Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Blut- Erkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? Blutarmut (Anämie)? Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Infektions- Krankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis B oder C)? Wurde bei Ihnen ein Aidstest durchgeführt? Wenn Ja, mit welchem Ergebnis? Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? Nehmen Sie Aufputsch'- oder Beruhigungsmittel? Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? Wenn Ja, wo? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwangerschaft:	Besteht eine Schwangerschaft? Wenn Ja, in welchem Monat? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum _____ Unterschrift _____