



Name des Patienten _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Familienversichert durch:

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____ Mobil _____

Bei Privatversicherten Basis? Ja Nein Beruf: _____

Arbeitgeber _____

Bei Postbeamten A und B sowie einigen Privatkassen und Beihilfestellen werden nicht in jedem Fall alle Leistungen übernommen.

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben

Leiden Sie an einer ansteckenden Erkrankung? (z.B. Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose) Ja Nein

Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Ja Nein

Nehmen Sie Mittel gegen Osteoporose ein(insbesondere Bisphosphonate)? Wenn ja, welche? Ja Nein

Sind Allergien bekannt (z. B. gegen Medikamente)? Wenn ja, welche? Ja Nein

Bei Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? Ja Nein

Haben Sie Herzerkrankungen? Ja Nein

- eine Zuckerkrankheit? Ja Nein

- Blutungsneigungen/Gerinnungsstörungen? Ja Nein

- Atembeschwerden? Ja Nein

- Leber- oder Nierenerkrankungen? Ja Nein

- sonstige Erkrankungen Ja Nein

Bitte bedenken Sie, dass Ihre Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung eingeschränkt sein kann!!!

_____ Datum _____ Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten