



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um bei Ihrer Behandlung Ihren derzeitigen Gesundheitszustand berücksichtigen zu können,  
möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten:

Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Krankenkasse _____
Straße _____	PLZ, Ort _____
Telefon privat _____	Telefon dienstl. _____
E-Mail _____	
Hausarzt _____	Zahnarzt _____

Für Patienten unter 18 Jahren

Hauptversicherer \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Wer hat Sie uns empfohlen: \_\_\_\_\_

Stehen Sie zurzeit in allgemeinärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_ ja nein  
O O

Traten nach chirurgischen Eingriffen/Verletzungen länger andauernde Blutungen auf? \_\_\_\_\_ O O

Nehmen Sie Medikamente, die eine Veränderung der Blutgerinnung herbeiführen sollen  
(**Marcumar, ASS, Plavix oder ähnliches**)? \_\_\_\_\_ O O

Haben Sie eine Überempfindlichkeit (Allergie) gegen bestimmte Medikamente?  
Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_ O O

Wurde jemals eine Herzerkrankung festgestellt?  
(z.B. Herzschrittmacher oder Herzklappenersatz) \_\_\_\_\_ O O

Haben oder hatten Sie eine Lebererkrankung (Gelbsucht)?  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ O O

Liegen Erkrankungen des Immunsystems vor (z. B. HIV)? \_\_\_\_\_ O O

Haben Sie sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ O O

Erfolgte in den letzten 2 Jahren eine Therapie mit sog. Bisphosphonaten  
(z.B.: Aredia, Zometa, Fosamax)? \_\_\_\_\_ O O

Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen der Kiefer/ Zähne angefertigt? \_\_\_\_\_ O O

Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ O O

**Nach Injektionen jeglicher Art sollten Sie mind. 2 Stunden kein Kraftfahrzeug selbst führen!**

**Wir bitten, Termine spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, ansonsten müssen wir Ihnen die uns entstandene Ausfallzeit in Rechnung stellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.**

Hannover, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_