

# Aufnahmebogen Seite 2

Ärztliche Behandlung: Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? \_\_\_\_\_

Hausarzt/ Facharzt: Name, Adresse, Telefon: \_\_\_\_\_

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?  ja  nein  
\_\_\_\_\_

Allergien: Gegen welche Medikamente oder Materialien besteht bei Ihnen der Verdacht eine Überempfindlichkeit?  ja  nein  
Besitzen Sie einen Allergiepass?  ja  nein

Herzerkrankungen: Herzschwäche (Insuffizienz)  ja  nein  
Unregelmäßige Herzschlag (Arrhythmien)  ja  nein  
Herzschmerzen (Angina pectoris)  ja  nein  
Herzschrittmacher  ja  nein  
Herzklappenfehler oder Herzklappenersatz  ja  nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  ja  nein

Kreislaufferkrankungen: hoher Blutdruck  ja  nein  
Niedriger Blutdruck  ja  nein  
Z. n. Herzinfarkt  ja  nein

Vegetative Erkrankungen: Ohnmachtsanfälle?  ja  nein  
Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel?  ja  nein

Stoffwechselkrankheiten: Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)?  ja  nein  
Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein  
Magen-Darm-Erkrankungen?  ja  nein

Erkrankungen der Nervensystems: Epileptische Anfälle?  ja  nein  
Gemütskrankheiten?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

Bluterkrankungen: Blutungsneigungen (Hämophilie)?  ja  nein  
Blutarmut (Anämie)?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: Leberentzündungen (Hepatitis A, B, C, D, E, F)?  ja  nein  
Tuberkulose (TBC)?  ja  nein  
Chronische Erkrankungen der Atemwege?  ja  nein  
AIDS (HIV)?  ja  nein  
Sonstiges? \_\_\_\_\_

Weiter Angaben: Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  ja  nein  
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_  ja  nein  
Haben Sie einen Augeninnendruck (Glaukom)?  ja  nein  
Nierenerkrankungen?  ja  nein  
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, welches Monat?  ja  nein  
\_\_\_\_\_

Röntgen: Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?  
Wenn ja, welcher Arzt?  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank für Ihre Mithilfe - das Praxisteam!

Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_