

Allergien/Unverträglichkeiten

- Antibiotika
- Schmerzmittel
- Lokalanästhetika (Betäubungsmittel)
- Jod
- Eugenol
- Andere

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen
- Asthma
- Diabetes
- Rheuma
- Lungenerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Epilepsie/Anfallsleiden
- Osteoporose
- Nierenfunktionsstörungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Ohnmachtsneigung
- Krebs
- Andere

Allgemeine Angaben:

Drogenkonsum: (ja / nein)
Alkoholgenuss: (nein / selten / oft / regelmäßig)
Rauchen: (ja / nein), wenn ja, wie viel:

Schwangerschaft (ja / nein), wenn ja, welcher Monat?:

Regelmäßige Medikamente:

Wichtige Informationen:

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, sowie den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während der Behandlungszeit auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____ Unterschrift: _____