

Bitte beantworten Sie uns noch unten stehende Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Ärztliche Behandlung:

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Name Ihres Hausarztes? _____

Herz-/ Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Bluthochdruck?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand nach Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzasthma, Angina pectoris?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler oder Klappenersatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien / Unverträglichkeiten

Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Lokalanästhesie / Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotika?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges? _____		

Erkrankungen des Nervensystems:

Anfallsleiden (Epilepsie)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Krämpfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges? _____		

Stoffwechselerkrankungen:

Blutgerinnungsstörungen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Knochenerkrankungen (Osteoporose/Hyperkalziämie,ect...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenabhängigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges? _____		

Infektiöse Erkrankungen:

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankung der Atemwege (Asthma, Husten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____

Sonstiges? _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Wenn ja, welcher Monat? _____ Monat ja nein

Wurden im letzten Jahr Röntgenbilder im Kopf-Kiefer-Zahnbereich durchgeführt? ja nein

Wenn ja, wo? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

Wichtig: **Bisphosphonate (Alendronate, Risedronate, Pamidronate, Zoledronate) ???** ja nein

_____ seit wann? _____

_____ seit wann? _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen zu Ihrem Gesundheitszustand immer sofort mit!