



	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Lebererkrankung /Gelbsucht /Hepatitis A,B,C,wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma /Rheumatisches Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfallsleiden (z.b Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Immunschwäche (HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklappenfehler /Herzklappenprothesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzoperationen? Wenn ja wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen (z.b. Marcumar oder Aspirin)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
falls ja, welche:_____		
welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? _____		
Haben Sie einen Medikamentenpass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestehen z. ZT. Sonstige Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wenn ja, welche? _____		
Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? Datum (ungefähr)_____		
<b>Für Patientinnen:</b> Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dürfen wir Sie an Vorsorgetermine zu erinnern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja:                    per Telefon <input type="radio"/> E-Mail <input type="radio"/>		

---

Datum

Unterschrift