

|                |                      |                              |                      |
|----------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| Name, Vorname: | <input type="text"/> | Daten der Sorgeberechtigten: |                      |
| geb. am:       | <input type="text"/> | Name, Vorname:               | <input type="text"/> |
| Anschrift:     | <input type="text"/> | Anschrift:                   | <input type="text"/> |
|                | <input type="text"/> |                              | <input type="text"/> |
| Telefonnummer: | <input type="text"/> | Telefonnummer:               | <input type="text"/> |
| E-Mail:        | <input type="text"/> | E-Mail:                      | <input type="text"/> |

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben: bitte ankreuzen bzw. ausfüllen:

1. bestehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen?

|                                  |                                |                              |                      |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------|
| 1.1. erhöhter Blutdruck:         | nein: <input type="checkbox"/> | ja: <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 1.2. niedriger Blutdruck:        | nein: <input type="checkbox"/> | ja: <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 1.3. Herzinfarkt:                | nein: <input type="checkbox"/> | ja: <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 1.4. Herzschrittmacher:          | nein: <input type="checkbox"/> | ja: <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 1.5. Herzklappenfehler/ -ersatz: | nein: <input type="checkbox"/> | ja: <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 1.6. Schlaganfall/ Apoplex:      | nein: <input type="checkbox"/> | ja: <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

2. Blutgerinnungsstörung: nein:  ja:

3. Anfallsleiden/ Epilepsie: nein:  ja:

4. Osteoporose: nein:  ja:

4.1. nehmen Sie Bisphosphonate? nein:  ja:

5. Tumorerkrankungen: nein:  ja:

6. Allergien/ Überempfindlichkeiten gegen:

|                                |                                |                              |                      |
|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------|
| 6.1. Medikamente/ Antibiotika: | nein: <input type="checkbox"/> | ja: <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 6.2. Materialien:              | nein: <input type="checkbox"/> | ja: <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

7. Schwangerschaft: nein:  ja:  7.1. wenn ja, welcher Monat?

8. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

8.1. Haben Sie einen Medikamentenplan?  
bitte vorzeigen

9. Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung: nein:  ja:

10. Haben Sie eine Pflegestufe? nein:  ja:  10.1. wenn ja, welche?

11. Haben Sie Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TBC etc.)? nein:  ja:

Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmung des Datenschutzes.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben:

Datum:  Unterschrift: