

Allergien/Unverträglichkeiten

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

Weitere Erkrankungen:

- Blutgerinnungsstörungen (schnell blaue Flecken, Nachblutung nach Verletzung?)
- Asthma
- Diabetes (Typ I, Typ II)
- Rheuma
- Lungenerkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen
- Epilepsie/Anfallsleiden
- Osteoporose
- Nierenfunktionsstörungen (Dialyse?)
- Magen-Darm-Erkrankungen, Sodbrennen?
- Ohnmachtsneigung
- Krebs
- Grüner Star
- Depressionen
- Organtransplantation
- 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:

Wir bieten unseren Patienten einen kostenlosen **Erinnerungsservice (Recall)** für die Vorsorgeuntersuchungen an. Die regelmäßigen Kontrollen sind wichtig, damit Sie ihren Bonus bei der Krankenkasse nicht verlieren.

- **Bitte erinnern Sie mich telefonisch an die anstehenden Kontrolltermine**

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: _____