



Dr. Vogeler

Implantologie • Ästhetische Zahnheilkunde

Am Rohrgraben 5
79249 Merzhausen

Tel: 0761 405016
Fax: 0761 406326

mail@praxis-dr-vogeler.de
www.praxis-dr-vogeler.de

Ärztliche Behandlung: Hausarzt/Facharzt: Medikamente:	Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein Wenn Ja, wegen welcher Erkrankung? _____
	Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein
Allergien:	Besitzen Sie einen Allergiepass? ☐ Ja ☐ Nein Gegen welche Materialien oder Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
Herz-Kreislauf- Erkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)? ☐ Ja ☐ Nein Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)? ☐ Ja ☐ Nein Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt? ☐ Ja ☐ Nein Herzschrittmacher, Herzklappenersatz? ☐ Ja ☐ Nein Zu hoher Blutdruck? ☐ Ja ☐ Nein Zu niedriger Blutdruck? ☐ Ja ☐ Nein Sonstiges: _____
Pulmonale Erkrankungen:	Chronische Erkrankungen der Atemwege, Husten etc.? ☐ Ja ☐ Nein Asthma bronchiale? ☐ Ja ☐ Nein Tuberkulose? ☐ Ja ☐ Nein Sonstiges: _____
Stoffwechsel- Erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)? ☐ Ja ☐ Nein Magen-Darmerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein Schilddrüsenerkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein Sonstiges: _____
Erkrankungen des Nervensystems:	Epileptische Anfälle? ☐ Ja ☐ Nein Ohnmachtsanfälle? ☐ Ja ☐ Nein Sonstiges: _____
Blut- Erkrankungen:	Blutungsneigung (Hämophilie)? ☐ Ja ☐ Nein Blutarmut (Anämie)? ☐ Ja ☐ Nein Sonstiges: _____
Infektions- Krankheiten:	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis B oder C)? ☐ Ja ☐ Nein Wurde bei Ihnen ein Aids-test durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn Ja, mit welchen Ergebnis? ☐ Ja ☐ Nein Sonstiges: _____
Weitere Angaben:	Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig? ☐ Ja ☐ Nein Nehmen Sie Aufputsch- oder Beruhigungsmittel? ☐ Ja ☐ Nein Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein
Röntgen:	Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn Ja, wo? _____
Schwangerschaft:	Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein Wenn Ja, in welchem Monat? _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Bitte teilen Sie uns sofort Änderungen der obigen Angaben mit.

Datum _____ Unterschrift _____