

## Zahnarztpraxis Glasmacher

Name Vorname Geb.

---

PLZ Wohnort Str.

---

Beruf Arbeitgeber

---

Tel. Tel. berufl. Mobil

---

Email-Adresse

---

Ihr Hausarzt

	Ja	Nein		Ja	Nein
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niedriger oder erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie Raucher?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung Wenn ja, welcher Art:				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie künstlicher Bluter? Wenn ja, welches Präparat:				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheit oder andere Krankheiten Wenn ja, Art:				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe (z.B. wegen Herzklappenersatz)				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie einen Allergiepass				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergie gegen Antibiotika?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergie gegen:					
Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig ein:					
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, Monat:				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dorfen, den Unterschrift

---

