

	Ja /	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	___	___
Wenn ja, welche? _____		
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten, Hautausschläge, Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinunverträglichkeit oder sonstiges)?	___	___
Wenn ja, welche? _____		
Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf?	___	___
Ist eine Erkrankung des Herzens bekannt? (Klappenersatz, Schrittmacher, Angina pectoris, Infarkt, Herzfehler oder weitere)	___	___
Besteht ein zu hoher oder niedriger Blutdruck?	___	___
War ein Schlaganfall aufgetreten?	___	___
Sind Infektionserkrankungen bekannt? (Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV....)	___	___
Ist eine Erkrankung des Nervensystems bekannt? (Depression, Epilepsie/Krampfleiden, M. Parkinson, Alzheimer oder weitere)	___	___
Besteht ein Grüner Star (Glaukom)?	___	___
Ist eine Atemwegs-/Lungenkrankheit bekannt? (Asthma, chron. Bronchitis oder weitere)	___	___
Ist eine Nierenerkrankung bekannt? Wenn ja, erhalten Sie Dialyse?	___	___
Ist eine Lebererkrankung bekannt?	___	___
Ist eine Magen-Darm-Erkrankung bekannt?	___	___
Ist eine Schilddrüsenfunktionsstörung bekannt?	___	___
Ist eine Zuckerkrankheit bekannt? Wenn ja, spritzen Sie Insulin?	___	___
Ist eine Nebennierenfunktionsstörung bekannt?	___	___
Ist das Vorliegen einer Osteoporose bekannt?	___	___
Ist eine Tumorerkrankung bekannt?	___	___
Bekommen oder bekamen sie jemals Chemo- und/oder Strahlentherapie	___	___
Nehmen oder nahmen Sie i. d. Vergangenheit Medikamente zur Beeinflussung des Knochenwachstums ein (Bisphosphonate, RANKL-Inhibitoren, etc.)	___	___
Bestehen Erkrankungen des Autoimmunsystems? (Rheumatoide Arthritis, Psoriasis,...)	___	___
Rauchen Sie? Falls ja wie viele Zigaretten o.ä. pro Tag: _____ Stück	___	___
Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	___	___
An welcher Körperregion wurden Sie zuletzt geröntgt? Warum und wann wurde geröntgt?		

Wenn Sie an einer nicht aufgeführten Krankheit leiden, erbitten wir an dieser Stelle weitere Erläuterungen:

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Erklärung der Patientin/des Patienten oder des Sorgeberechtigten:

Ich erkläre hiermit, dass ich die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand nach bestem Wissen gemacht habe. Fehlende Angaben oder Falschangaben können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Behandlung führen. Meine Angaben zur Krankenversicherung sind vollständig und richtig. Ebenso wurde ich darauf hingewiesen, dass bei Nichtvorlage der Versichertenkarte eine Privatrechnung erstellt wird. Falsche Angaben zu meiner Person oder meiner Krankenversicherung können zu rechtlichen Konsequenzen führen. Verschiedene Krankheitsbilder und operative Situationen bedürfen einer bildlichen Dokumentation. Ich bin damit einverstanden, dass diese Bilder hinreichend anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken durch Prof. Dr. Dr. H. Schierle oder seinen Kollegen verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass meine zur Behandlung notwendigen Daten digitalisiert und gespeichert werden. Ich bin damit einverstanden, dass diese bei Notwendigkeit an den überweisenden bzw. weiterbehandelnden Kollegen übermittelt werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____