



DR. MED. DENT.
PETER R. KÖPPERT
 ZAHNARZT
 ZAHNTECHNIKER
 IMPLANTOLOGIE – PARODONTOLOGIE

LINDENSTRASSE 34 - 63303 DREIEICH-SPRENDLINGEN
 TEL.: (06103) 322 131

Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

⊗ **Zutreffendes bitte ankreuzen.**

<p>Allergien (welche) _____</p> <p>Medikamenten- unverträglichkeit (welche) _____</p> <p>Atemwegserkrankungen (welche) _____</p> <p>Haben Sie Erkältungssymptome? Waren Sie an SARS Covid 19 erkrankt? Unterliegen Sie einer Quarantäne? Sind Sie gegen Covid 19 geimpft? Sind Sie gegen Masern geimpft?</p> <p>Blutgerinnungsstörung Anfallsleiden (Epilepsie) Schilddrüsenerkrankungen Grüner Star (erhöhter Augendruck) Durchblutungsstörungen Diabetes Herz-Kreislauf-Erkrankungen Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher Endokarditisprophylaxe Tumorerkrankungen Rheumaerkrankungen Osteoporose</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; text-align: center;">ja</td><td style="width: 50%; text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> </table>	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	<p>Frühere Operationen? (welche) _____</p> <p>Magen-Darm-Erkrankungen Lebererkrankungen /Hepatitis Immunmangel-Syndrom (HIV)</p> <p>Infektionskrankheiten (welche) _____</p> <p>Sonstige Erkrankungen _____</p> <p>Nehmen Sie Medikamente? (welche) _____</p> <p>Besteht eine Schwangerschaft ? Letzte Röntgenaufnahme, Region _____</p> <p>Sind Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung _____</p> <p>Ihr Hausarzt _____</p> <p>Bonusheft Röntgenpass Allergiepass</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; text-align: center;">ja</td><td style="width: 50%; text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">ja</td><td style="text-align: center;">nein</td></tr> </table>	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		
ja	nein																																																																																		

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Datum _____

Unterschrift _____