

Prof. DDr.
Wolfgang Schlossarek
Johannesgasse 15
1010 Wien

Wien,.....

FAMILIENNAME: _____ VORNAME: _____
GEBURTSDATUM: _____ KRANKENKASSE: _____
EIGENE SOZIALVERSICHERUNGSNR: _____
MITVERSICHERT: JA NEIN NAME U. SOZIALVERSICHERUNGSNR. DES VERSICHERTEN:

PLZ/ORT: _____ ADRESSE: _____
TEL: _____ HANDY: _____ E-MAIL: _____
EMPFOHLEN VON: _____
BERUF: _____ DIENSTGEBER: _____
DIENSTGEBERANSCHRIFT: _____
ZUSATZVERSICHERUNG: JA NEIN

Leiden Sie unter einer Allergie? (zB Medikamente, Nahrungsmittel, Latex) Ja Nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Leiden Sie unter einer Infektionskrankheit? (zB AIDS, Hepatitis) Ja Nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Leiden Sie an einer Tumorerkrankung? Ja Nein
Wenn ja, unter welcher? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (zB Marcoumar, Thrombo Ass) Ja Nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Haben Sie Stoffwechselkrankheiten? (zB Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen) Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an Osteoporose (Knochenschwund)? Ja Nein

Haben Sie schon einmal Bisphosphonate bekommen? Ja Nein

Hatten Sie schon jemals eine unangenehme Reaktion auf ein Anästhesiemittel? Ja Nein

Möchten Sie einen regelmäßigen Besuch zur Mundhygiene? Ja Nein

Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein
Wenn ja, wievielte Woche? _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach Injektionen meine Verkehrssicherheit für mind. 2 Stunden beeinträchtigt ist!

Wir bitten Sie dieses Anamneseblatt in Ihrem und unserem Interesse vollständig auszufüllen!

UNTERSCHRIFT: _____