

Gesundheitsfragebogen

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Anschrift: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. mobil: _____ dienstl.: _____ privat: _____

Krankenkasse: _____

Zusatzversicherung: Ja Nein

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Bitte ausfüllen oder ankreuzen

Herz	Ja	Nein
Zustand nach Herzinfarkt _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengung der Herzkranzgefäße _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypassoperation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislauf		
niedriger Blutdruck _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohnmachtsanfälle _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des blutbildenden Systems		
Blutarmut (Anämie) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen		
Grauer Star oder Grüner Star _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmungswege/Lunge		
Asthma _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt		
Magenerkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmerkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blase-Nieren		
Blasenerkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leber Ja Nein
Gelbsucht/ Hepatitis _____

Bewegungsapparat
Rheuma _____
rheumatoide Arthritis _____
Gicht _____

Zentrales Nervensystem
epileptische Anfälle _____

Vegetatives Nervensystem
Kopfschmerzen _____
Migräne _____

Stoffwechsel
Zuckerkrankheit Diabetes Melitus Typ I Typ II _____
Schilddrüsenüberfunktion _____
Schilddrüsenunterfunktion _____

Knochen
Osteoporose _____
Wenn ja, haben Sie oder nehmen Sie Bisphosphonate ein _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?
Haut und/oder Geschlechtskrankheiten _____
HIV bzw. AIDS, Tuberkulose _____
Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie) _____
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach _____

Allergien
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass? _____
Traten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen _____

Medikamente
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____
Wenn ja, welche? _____

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:
Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden? _____
Bekommen Sie leicht blaue Flecken? _____
Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert? _____
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? _____
Wenn ja, welche? _____
Sind Sie z.Zt. schwanger? _____
Wenn Ja, in welchem Monat? _____

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Titel: **Arzt:** **Ort:** **Telefon:**

Ort, Datum _____ Unterschrift _____