



Gesundheitsfragebogen

		Krankenkasse:
Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:
Anschrift:		Tel./Mobil:

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen.

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen wahrheitsgemäß vollständig auszufüllen.

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGb.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

Erkrankungen des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
- (ja) (nein) Bluter
- (ja) (nein) Blutungsneigung

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star

Ohren

- (ja) (nein) Schwerhörigkeit
- (ja) (nein) Tinnitus

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenerkrankung
- (ja) (nein) Darmerkrankung

Blasen-Nieren

- (ja) (nein) Blasenerkrankung
- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht
- (ja) (nein) Hepatitis

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) rheumatoide Arthritis
- (ja) (nein) Gicht

Bitte wenden →

Zentrales Nervensystem

(ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

(ja) (nein) Kopfschmerzen

(ja) (nein) Migräne

Stoffwechsel

(ja) (nein) Zuckerkrankheit

(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion

(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) syndromale Erkrankungen oder Gendefekte

(ja) (nein) Haut und / oder Geschlechtskrankheiten

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose

(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

(ja) (nein) Osteoporose

(ja) (nein) Sind Sie wegen einer der genannten Erkrankungen aktuell in Behandlung?

Wer ist Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin?

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

(ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche?

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche?

(ja) (nein) Rauchen Sie? *Wenn ja, was?*

(ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche?

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?

(ja) (nein) Sind jemals Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen aufgetreten?

Wenn ja, welche?

(ja) (nein) Wurden Röntgenaufnahmen im Kopf-Halsbereich im letzten Jahr angefertigt?

(ja) (nein) Sind Sie zur Zeit schwanger? *Wenn ja, in welchem Monat?*

(ja) (nein) Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?

Weitere administrativ wichtige Informationen:

Wie alt ist eventuell vorhandener Zahnersatz?

(ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?

(Eintragungen der letzten 5 Jahre)

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Bad Berleburg, den Unterschrift