

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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.

Patient: Telefon-Nr.:

Email:

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Krankenkasse:

Geburtsort:

Adresse:

Mitglied bei Familienversicherung:

Name

Vorname

Geb-Datum

Adresse:

Hausarzt:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe? (zutreffendes unterstreichen)

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

Erkrankung des blutbildenden Systems

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

Augen

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

Atmungswege/Lunge

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

Magen-Darm-Trakt

(ja) (nein) Magenerkrankung/Darmerkrankung

Blase-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

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) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten

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

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

(ja) (nein) Osteoporose

(ja) (nein) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

(ja) (nein) Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

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

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?

Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?.....

(ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?

Wenn Ja, in welchem Monat?.....

Weitere administrativ wichtige Informationen:

(ja) (nein) Rauchen Sie, wenn ja wieviel Zigaretten täglich

(ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

(ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Bad Oeynhausen, den Unterschrift