

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patienten,

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.

Bitte überprüfen Sie Ihre Daten!

Vorname:

Name:

Geb.-Name:

Geb.-Ort:

Straße:

Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Pat-Nummer:

(Wird von der Praxis ausgefüllt)

Versichert über/ Erziehungsberechtigter/ Betreuer:

Adresse (Falls abweichend von Pat.):

Geb.-Datum:

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt:

Name:

Ort:.

Tel.:

Haben Sie eine Pflegestufe, wenn ja welche:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

☐ Herzerkrankung, wenn ja, welche

Kreislauf/ Blutdruck

☐ niedriger Blutdruck

☐ Bluthochdruck

Atmungswege/Lunge

☐ Asthma

☐ Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

☐ Magenerkrankung

☐ Darmerkrankung

Nieren

☐ Nierenerkrankung

☐ Dialyse

Leber

☐ Hepatitis

Vegetatives Nervensystem

- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Migräne

Stoffwechsel

- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion

Sonstiges:

- ☐ Mundtrockenheit
- ☐ Kiefergelenksbeschwerden
- ☐ Psychische Erkrankung

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ☐ HIV bzw. AIDS
- ☐ Tuberkulose
- ☐ Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- ☐ Osteoporose
- ☐ Schlaganfall

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- ☐ Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- ☐ Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- ☐ Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?
- ☐ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?
- ☐ Nehmen Sie Bisphosphonate ein (Medikament bei Knochenkrebs oder Osteoporose:
- ☐ Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche?
- ☐ Besitzen Sie einen Allergiepass?
- ☐ Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?
- ☐ Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?
- ☐ Rauchen Sie?
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?
- ☐ Sind Sie schwanger?
Wenn Ja, in welcher Woche?

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

Großefehn, den

Unterschrift: