

Gesundheitsbogen für Ihre zahnärztliche Behandlung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen daher sorgfältig aus. Er dient unserer Vorbereitung auf Ihren Termin und wird Ihrer Karteikarte beigelegt.
Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.
Gerne helfen wir Ihnen zu den einzelnen Fragen weiter und danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

1. Persönliche Daten:

Ihr Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Telefon privat: _____ Mobil-Tel: _____

Beruf _____ Hausarzt: Name _____

2. Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Anfallsleiden/ Epilepsie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Glaukom/ erhöhter Augendruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hämatologische Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herz / Kreislaufkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheiten/ Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler -ersatz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hypertonie/ Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hypotonie/ niedriger Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Welche? _____

Welcher Typ? _____

Infektionskrankheiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hepatitis/ Gelbsucht	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Immunmangelsyndrom/ AIDS	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Bisphosphonate	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Rheumatische Arthritis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Drogenkonsum	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tragen Sie Zahnersatz?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja, welcher Monat? _____

Wenn Ja: festsitzend Implantate herausnehmbar

Sonstige Erkrankungen: _____

Regelmäßige Medikamente: _____

Frühere Operationen: _____

Wir möchten Sie bitten, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes sofort mitzuteilen. Mit Ihrer Unterschrift auf der Rückseite bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.