

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/ Frau

Adresse und Telefonnummer :

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.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (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) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

Atmungswege/Lunge

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

Leber

(Gelbsucht, Hepatitis)

Bewegungsapparat

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

Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) epileptische Anfälle

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, Tuberkolose
- (ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- (ja) (nein) Osteoporose

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

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

Alle Beträge unter 100€ müssen bar/ oder mit Karte ab sofort in der Praxis bezahlt werden.

Düsseldorf, den Unterschrift