

Gesundheitsfragebogen

Name:
Vorname:
Geburtstag:
Anschrift:
Tel.-Nr.: **Handy-Nr.:**

Sehr geehrte(r) Herr/ Frau.....

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 Zutreffendes ankreuzen!

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- | | |
|-------------|--|
| (ja) (nein) | Zustand nach Infarkt |
| (ja) (nein) | Herzinsuffizienz |
| (ja) (nein) | Herzmuskelentzündung |
| (ja) (nein) | Verengung der Herzkranzgefäße/ Angina pectoris |
| (ja) (nein) | Rhythmusstörungen |
| (ja) (nein) | Bypassoperation/ Stents |
| (ja) (nein) | Herzklappenersatz |
| (ja) (nein) | Schrittmacher |

Einnahme von Blutverdünnern

- | | |
|-------------|--|
| (ja) (nein) | Marcumar |
| (ja) (nein) | ASS |
| (ja) (nein) | neuere Blutverdünner (bitte Medikamentenangabe)..... |

Kreislauf

- | | |
|-------------|------------------------|
| (ja) (nein) | niedriger Blutdruck |
| (ja) (nein) | Bluthochdruck |
| (ja) (nein) | Durchblutungsstörungen |
| (ja) (nein) | Schlaganfall |

Erkrankung des blutbildenden Systems

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

Atmungswege/Lunge

- | | |
|-------------|-------------|
| (ja) (nein) | Asthma |
| (ja) (nein) | Bronchitis |
| (ja) (nein) | Tuberkulose |

Magen-Darm-Trakt

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

Blase- Nieren

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

Leber

(ja) (nein) Hepatitis/ Gelbsucht

Bewegungsapparat

(ja) (nein) Rheuma

(ja) (nein) Gicht

(ja) (nein) Osteoporose- wird eine Medikation mit Bisphosphonat durchgeführt??

(ja) (nein) Endoprothesen innerhalb der letzten 6 Monate

Zentrales Nervensystem

(ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

(ja) (nein) häufige Kopfschmerzen

(ja) (nein) Migräne

Stoffwechsel

(ja) (nein) Diabetes

(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion

(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) Hautkrankheiten? Geschlechtskrankheiten?.....

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS

(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bitte um Angabe der Behandlung wie z.B. Bestrahlung, Chemotherapie, Bisphosphonate usw.)

Sonstige medizinische 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) Rauchen Sie?

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

Wenn ja, welche?

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?

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

Wenn ja, welche?

(ja) (nein) Sind sie z.Zt. Schwanger?

Wenn ja, welcher Monat?

(ja) (nein) Hausarzt:

Weitere administrative wichtige Informationen:

(ja) (nein) Haben Sie eine Zusatzversicherung? Seit wann?

Hinweis zur Verkehrsuntüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrsuntüchtigkeit 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.

Borken, den

Unterschrift