

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!

Gesundheitsfragebogen

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen noch einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese bitte mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?:

Herz

Zustand nach Infarkt	O ja, wann? _____	O nein
Herzinsuffizienz	O ja	O nein
Muskelentzündung	O ja	O nein
Verengung der Herzkranzgefäße	O ja	O nein
Rhythmusstörungen	O ja	O nein
Bypassoperationen	O ja, wann? _____	O nein
Herzklappenersatz	O ja	O nein
Schrittmacher	O ja	O nein

Kreislauf

niedriger Blutdruck	O ja	O nein
Bluthockdruck	O ja	O nein
Angina pectoris	O ja	O nein
Durchblutungsstörungen	O ja	O nein
Schlaganfall	O ja, wann? _____	O nein

blutbildendes System

Blutarmut	O ja	O nein
Blutgerinnungsstörungen, Bluter	O ja	O nein

Augen

grauer Star	O ja	O nein
grüner Star	O ja	O nein

Atemwege / Lunge

Asthma	O ja	O nein
Bronchitis	O ja	O nein

Magen-Darm-Trakt

Magenerkrankung	O ja	O nein
Darmerkrankung	O ja	O nein

Blase / Nieren

Blasenerkrankung	O ja	O nein
Nierenerkrankung	O ja	O nein
Dialyse	O ja	O nein

Leber

Gelbsucht	O ja, wann? _____	O nein
Hepatitis	O ja, wann? _____	O nein

Bewegungsapparat

Rheuma	O ja	O nein
rheumatoide Arthritis	O ja	O nein
Gicht	O ja	O nein

Zentrales / vegetatives Nervensystem

epileptische Anfälle	O ja	O nein
Kopfschmerzen	O ja	O nein
Migräne	O ja	O nein

Liebe Patientin, lieber Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis!

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Haut und / oder Geschlechtskrankheiten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
HIV / AIDS	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bestrahlung? / Chemotherapie?	<input type="radio"/> ja, wann? _____	<input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja, wann? _____	<input type="radio"/> nein
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach	<input type="radio"/> ja, wann? _____	<input type="radio"/> nein

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? ja nein
wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? ja nein
Haben Sie Kiefergelenksprobleme? ja nein

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? ja nein
wenn ja, welche? _____
Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
wenn ja, welche? _____

Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate? ja, seid / bis wann? _____ nein
(Bisphosphonate werden bei Osteoporose bzw. speziellen Krebserkrankungen zu therapeutischen Zwecken verwendet)

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____ Tel.Nr.: _____

Nur für weibliche Patientinnen:

Besteht z. Zt. Eine Schwangerschaft? ja, wievielte Woche? _____ nein

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlicher Behandlung:

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 Medikamenten.
Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi oder benachrichtigen Ihre Angehörigen.

Entbindung von der Schweigepflicht:

Wem gegenüber dürfen wir Auskunft erteilen bezüglich Terminvereinbarungen und /oder Behandlungen?

Name: _____ Telefonnr.: _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet Praxisschild Zeitungsannonce Telefonbuch
 persönliche Empfehlung (mögen Sie uns verraten von wem? _____)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben:

Ahrensburg, den _____ Unterschrift _____