

Gesundheitsfragebogen

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.

Persönliche Angaben

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Mobil:

Email:

Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwortmöglichkeit an:

Grund Ihres Besuches

- (ja) (nein) Routineuntersuchung
(ja) (nein) Beschwerden / Zahnschmerzen
(ja) (nein) Blutet Ihr Zahnfleisch?
(ja) (nein) Sind Sie mit dem Aussehen bzw. der Stellung Ihrer Zähne zufrieden?
(ja) (nein) Wünschen Sie eine Verbesserung der Kaufunktion?
(ja) (nein) Haben Sie Kiefergelenks- oder Kaumuskelbeschwerden?
(ja) (nein) Wurden schon mal Röntgenbilder Ihres Kiefers angefertigt?
Wenn ja, wann? _____
(ja) (nein) Sind Sie an der Gesunderhaltung Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleisches interessiert?
(ja) (nein) Private Zahnzusatzversicherung vorhanden?

Allgemeine Auskünfte zu Ihrem Gesundheitszustand:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- (ja) (nein) Herzinfarkt
Wenn ja, wann? _____
(ja) (nein) Herzinsuffizienz
(ja) (nein) Endokarditis
(ja) (nein) Rhythmusstörungen
(ja) (nein) Herzklappenersatz
Wenn ja, wann? _____
(ja) (nein) Schrittmacher
(ja) (nein) Herzoperationen
Wenn ja, wann? _____
(ja) (nein) Angina pectoris
(ja) (nein) niedriger Blutdruck
(ja) (nein) Bluthochdruck
(ja) (nein) Schlaganfall
Wenn ja, wann? _____

Weitere Erkrankungen

- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörungen (Hämophilie, von-Willebrand-Jürgens-Syndrom etc.)
Welche? _____
- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star / Glaukom
- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Magen-Darm-Erkrankungen
Welche? _____
- (ja) (nein) Nierenerkrankungen
Welche? _____
- (ja) (nein) Dialyse
- (ja) (nein) Lebererkrankungen
Welche? _____
- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) Epilepsie
- (ja) (nein) Diabetes mellitus
- (ja) (nein) Schilddrüsenerkrankungen
Wenn ja, welche? _____
- (ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
Wenn ja, welche? _____

Infektionserkrankungen

- (ja) (nein) Hepatitis A, B, C
- (ja) (nein) HIV / AIDS
- (ja) (nein) Tuberkulose

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) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche? _____
- (ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, gegen welche? _____
- (ja) (nein) Tragen oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche? _____
- (ja) (nein) Sind Sie z.Zt. Schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat? _____

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Wenn ja, wie möchten Sie erinnert werden? Telefon oder Email

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Angaben zu Ihrem Hausarzt:

Titel:

Arzt:

Ort:

Telefon:

Witzenhausen, den _____ Unterschrift _____