

Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie im Interesse einer komplikationslosen Behandlung diesen möglichst vollständig auszufüllen. Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte nachher im persönlichen Gespräch mit dem behandelnden Arzt **v o r** der Behandlung.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Strasse: _____

Telefon privat: _____ dienstlich: _____ mobil: _____

Beruf: _____

Krankenversicherung: gesetzlich _____ Privat _____ Privat-Basis _____

Zahnarzt: _____

Hausarzt: _____

Überweiser: _____

Name des Medikamentes und Stärke bzw. Dosierung	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine **VERKEHRSTÜCHTIGKEIT** im Straßenverkehr unter Einfluss von verabreichten Medikamenten oder infolge von Befindlichkeitsstörungen nach der Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Datum:

Unterschrift:

Bitte wenden und die Seiten 2 und 3 ausfüllen! Danke!

Haben Sie die bisherigen (zahn-)ärztlichen Behandlungen gut vertragen? ja nein
Wenn nein, warum nicht? _____

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten geröntgt? ja nein

Wurden Sie schon einmal im Bereich Mund/Kiefer/Gesicht operiert? ja nein
Wenn ja, was / wann? _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- Herzerkrankungen ja nein
(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzklappenerkrankung /-ersatz, Herzschwäche, Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörungen)
- Kreislauf- und Gefäßerkrankungen ja nein
(z.B. zu hoher / niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombose, Embolie)
- Blutgerinnungsstörungen (z.B. nach Verletzungen, Blutarmut, Blutverdünnung) ja nein
- Lungen- und Atemwegserkrankungen ja nein
(z.B. Atemnot beim Treppensteigen, Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)
- Lebererkrankungen ja nein
(z.B. Leberverfettung, Leberverhärtung)
- Infektionskrankheiten ja nein
(z.B. AIDS/HIV, Hepatitis/Gelbsucht, Tuberkulose)
- Nieren- und Harnwegserkrankungen ja nein
(z.B. eingeschränkte Nierenfunktion)
- Erkrankungen des Verdauungstraktes ja nein
(z.B. Magenerkrankungen, chronische Darmerkrankungen)
- Stoffwechselerkrankungen ja nein
(z.B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Schilddüsenerkrankung, Osteoporose/Osteopenie)
- Augenerkrankungen ja nein
(z.B. grüner Star)
- Nervenleiden ja nein
(z.B. Epilepsie, Depression etc.)

- Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen? ja nein
(z.B. Tumorerkrankungen, Erkrankungen des Immunsystems)
Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ja nein
- Rauchen Sie? Wieviel? _____ ja nein
- Alkoholkonsum? ja nein
Wenn ja, wie oft, wieviel? _____
- Konsumieren Sie Drogen? ja nein
- Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, bitte umseitige Tabelle nutzen!
- Sonstige Besonderheiten (z.B. Unfälle, schwere Verletzungen,
Chemo- oder Strahlentherapie) ja nein
Wenn ja, welche? _____

Datum:

Unterschrift: