

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.

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:			
Adresse/Wohnort:			
Telefon – Festnetz:		Telefon – Handy:	
E-Mail:			
Arbeitgeber/Beruf:			
Versicherter Name:		Vorname:	
		Geburtsdatum:	
Zusatzversicherung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Hausarzt (Name, Adresse, Telefon):			
Ich komme auf Empfehlung von:			

Leiden Sie derzeit oder litten Sie jemals an folgenden Erkrankungen?

Ja

- Herz/Kreislauf:**
- Herzfehler
 - Angina pectoris
 - Herzinfarkt
 - Herzmuskelentzündung
 - Herzklappenentzündung
 - künstliche Herzklappe
 - Herzschrittmacher
 - hoher oder
 - niedriger Blutdruck
 - Rhythmusstörungen
 - Herzschwäche
- oder _____

- Gefäße:**
- Schlaganfall
 - Durchblutungsstörungen
 - Krampfadern
 - Thrombosen
- oder _____

- Stoffwechsel:**
- Zuckerkrankheit:
- Diabetes mellitus Typ I
 - Diabetes mellitus Typ II
 - Schilddrüsenunterfunktion
 - Schilddrüsenüberfunktion
 - Kropf
- oder _____

- Skelettsystem:**
- Gelenkerkrankungen
 - Rücken-/
 - Bandscheibenbeschwerden
 - Muskelschwäche
 - Muskelerkrankungen
 - Fibromyalgie
- oder _____

- Sind Sie schwanger?**
Welche Schwangerschaftswoche ?

- Immunschwäche:**
- Einnahme von Cortison
 - Zustand nach Organtransplantation
 - AIDS
- oder _____

- Knochen:**
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit mit Bisphosphonaten behandelt?
Wegen welcher Diagnose?

- Wann? Mit welchem Präparat?

Bitte wenden →→

- Atemwege/Lunge:**
- Asthma
 - Lungenentzündung
 - Tbc
 - chronische Bronchitis
 - Lungenblähung
 - Schlafapnoe

oder _____

- Leber:**
- Gelbsucht
 - Leberverhärtung
 - Fettleber
 - Gallensteine
 - Hepatitis A B C

oder _____

- Nieren:**
- Dialysepflichtigkeit
 - Nierenentzündung
 - Nierensteine

oder _____

- Magen, Darm:**
- Geschwür
 - Engstelle
 - Verdauungsstörungen
 - Sodbrennen
 - Refluxkrankheit

oder _____

- Nerven/Gemüt:**
- Krampfanfälle (Epilepsie)
 - Lähmungen
 - Depressionen
 - Angstzustände

oder _____

- Augen:**
- Grüner Star
 - Grauer Star
 - starke Einschränkung der Sehkraft
 - Blindheit

oder _____

- Blut:**
- Gerinnungsstörungen
 - auch bei Blutsverwandten
 - häufiges Nasenbluten
 - blaue Flecken auch ohne Verletzung bzw. nach leichter Berührung
 - Nachbluten nach Operationen

oder _____

- Allergie:**
- z.B. Heuschnupfen oder Überempfindlichkeit gegen
 - Nahrungsmittel
 - Fruchtzucker
 - Medikamente
 - Jod
 - Pflaster Latex
 - z.B. Luftballon, Radiergummi, Gummihandschuhe

oder _____

- Andere Erkrankungen oder Behinderungen?**

- Rauchen Sie?**
Wie viel durchschnittlich?

- Trinken Sie gelegentlich Alkohol?**
Regelmäßig? Wie viel?

- Gerinnungshemmende Medikamente**
Dauerhaft oder in den letzten Tagen z.B.
 Aspirin[®] ASS[®] Marcumar[®]
 Ticlopidin[®] Clopidogrel[®]

oder _____

- Regelmäßige Medikamente**
 z.B. Blutdruck-/
 Herzmedikamente
 Schmerzmittel
 „Antibabypille“
 Psychopharmaka
Antidiabetika

Name _____

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

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 gern ein Taxi.

Sagen Sie bitte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, rechtzeitig vor dem vereinbarten Termin ab! Nicht oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden Ihnen in Rechnung gestellt.

Gerne sind wir Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens behilflich.

Castrop-Rauxel, den Unterschrift