

Gesundheitsfragebogen

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

Patient / in

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon _____

Krankenkasse _____

Arbeitgeber _____

Beruf _____

Wer ist Ihr Hausarzt / behandelnder Arzt?

Titel: **Arzt:**

Versicherter

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon _____

Krankenkasse _____

Arbeitgeber _____

Beruf _____

Ort:

Telefon:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Herz

(ja) (nein) Hatten Sie einen Herzinfarkt?

(ja) (nein) Herzerkrankung, wenn ja welche _____

(ja) (nein) Herzmuskelentzündung /Endokarditis

(ja) (nein) Herzklappenersatz

(ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

(ja) (nein) Bluthochdruck

(ja) (nein) Angina pectoris

(ja) (nein) Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

(ja) (nein) Bluter

Augen

(ja) (nein) Grauer Star

(ja) (nein) Grüner Star

Atmungswege/Lunge

(ja) (nein) Asthma

Blase-Nieren

(ja) (nein) Nierenerkrankung

(ja) (nein) Dialyse

Leber

(ja) (nein) Leberzirrhose

(ja) (nein) Hepatitis A

(ja) (nein) Hepatitis B

(ja) (nein) Hepatitis C

Zentrales Nervensystem

(ja) (nein) epileptische Anfälle

Stoffwechsel

(ja) (nein) Zuckerkrankheit/ Diabetes

(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion

(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein

(ja) (nein) Wenn ja welche?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie Marcumar ein?

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

(ja) (nein) Wenn ja welche?.....

(ja) (nein) Besitzen Sie ein Allergiepass?

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

(ja) (nein) Wenn ja welche?.....

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?

(ja) (nein) Wenn Ja, in welchem Monat?.....

(ja) (nein) Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel?.....

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS

(ja) (nein) Tuberkulose

(ja) (nein) Creutzfeld-Jakob Krankheit

(ja) (nein) Haben sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

(ja) (nein) Wenn ja welche?.....

Weitere administrativ wichtige Informationen:

(ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

(ja) (nein) per Email (Adresse) _____

per SMS (Telefonnummer) _____

(ja) (nein) Wurden Sie an uns empfohlen?

Wenn ja, von wem?

(ja) (nein) Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer/Vormund?

Rechtsschutzstelle

Wir behalten uns vor, offene Rechnungen an die Rechtsschutzstelle abzutreten

Oldenburg, den Unterschrift