



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.

.....
Patient: Name Vorname geb.

.....
Straße/Nr. PLZ/Ort

.....
Telefonnummer Faxnummer

.....
Krankenkasse

.....
Versicherter: Name Vorname geb.

.....
Rechnungsempfänger: Name Vorname geb.

.....
Arbeitgeber*

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- ja nein Zustand nach Infarkt
- ja nein Herzinsuffizienz
- ja nein Rhythmusstörungen
- ja nein Bypassoperation
- ja nein Herzklappenersatz
- ja nein Schrittmacher

Kreislauf

- ja nein niedriger Blutdruck
- ja nein Bluthochdruck
- ja nein Angina pectoris
- ja nein Durchblutungsstörungen
- ja nein Schlaganfall

Atmungswege/Lunge

- ja nein Astma
- ja nein Bronchitis

Zentrales Nervensystem

- ja nein epileptische Anfälle

Blase-Nieren

- ja nein Blasenerkrankung
- ja nein Nierenerkrankung
- ja nein Dialyse
- ja nein Leber (Gelbsucht, Hepatitis)

Stoffwechsel

- ja nein Zuckerkrankheit
- ja nein Schilddrüsenüberfunktion
- ja nein Schilddrüsenunterfunktion

Kiefergelenke

- ja nein Kiefergelenkknacken
- ja nein Zähne pressen
- ja nein Zähne knirschen
- ja nein Ohrgeräusche/Tinnitus
- ja nein Migräne
- ja nein Muskelverspannungen
- Kopf-Hals-Bereich

Erkrankung des blutbildenden Systems

- ja nein Blutarmut
- ja nein Bluter

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ja nein HIV bzw. AIDS, Tuberkolose
- ja nein Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Haben Sie künstliche Gelenke, Endoprothesen oder Implantate?

Wenn Ja, wo?

- ja nein Brauchen Sie eine Antibiotikum Abschirmung?

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind

.....
Titel Arzt Ort Telefon



Sonstige medizinisch wichtige Informationen

- ja nein Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
Wenn ja, welche?
- 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, welche?
- ja nein Besitzen Sie einen Allergiepass?
 ja nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?
- ja nein Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat?

Weitere administrativ wichtige Informationen

- ja nein Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

Pflegestufe/Eingliederungshilfe

- ja nein Haben Sie eine Pflegestufe?
Wenn ja, welche?
- ja nein Haben Sie eine Eingliederungshilfe?

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.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass wenn die Behandlung es erfordert, weitere behandelnde Ärzte zum Konsil herangezogen werden.

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, benachrichtigen Sie uns bitte rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, Ihnen den Ausfall privat in Rechnung zu stellen.

* freiwillige Angabe

Ich bin alleine unterschriftsberechtigt

Rödental, den

Unterschrift