



Gesundheitsfragebogen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Straße: _____

Arbeitgeber: _____

PLZ, Ort: _____

Tel. Arbeitgeber: _____

Tel privat: _____

Hausarzt: _____

Krankenkasse: _____

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. Ich verpflichte mich, über alle gesundheitlichen Veränderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
(ja) (nein) Herzinsuffizienz
(ja) (nein) Muskelentzündung
(ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
(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

Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
(ja) (nein) Bluter

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
(ja) (nein) Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
(ja) (nein) Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenerkrankung
(ja) (nein) Darmerkrankung

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Zuckerkrankheit
(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion
(ja) (nein) Blasenerkrankung
(ja) (nein) Nierenerkrankung
(ja) (nein) Dialyse

Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht
(ja) (nein) Hepatitis

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma
(ja) (nein) rheumatoide Arthritis
(ja) (nein) Gicht

Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

- (ja) (nein) Kopfschmerzen
(ja) (nein) Migräne



Gesundheitsfragebogen Seite 2

Leiden oder litten Sie
an folgenden Erkrankungen?

- (ja) (nein) Haut und/oder Geschlechts-
krankheiten
(ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung,
Chemotherapie)
(ja) (nein) Osteoporose
(ja) (nein) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Bluten Sie lange wenn Sie sich
schneiden, oder bekommen Sie
leicht blaue Flecken?
(ja) (nein) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht
stark verringert?
(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 blutverdünnende
Medikamente (ASS, Marcumar) 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?

Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?

(ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen
Nebenwirkungen nach zahn-
ärztlichen 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)

(ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre
halbjährlichen Kontrolltermine
erinnert werden?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen
Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre
Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärz-
tlichen 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 Medika-
menten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein
Taxi. Desweiteren verpflichte ich mich, vereinbarte
Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens
einen Tag vor dem vereinbarten Termin abzusagen.
Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig
abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden
können.

Waldbüttelbrunn, den _____

Unterschrift _____