

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:
Mitglied:		Hausarzt:
Straße:	Ort:	
Telefon:	Mobil:	Email:

Versicherung:

gesetzlich

Name der Versicherung: _____

privat

Name der Versicherung: _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankungen

Herzschwäche/ Insuffizienz

ja nein

Unregelmäßiger Herzschlag/ Arrhythmien

ja nein

Künstliche Herzklappe

ja nein

Herzschrillmacher

ja nein

Zustand nach Herzmuskelentzündung

ja nein

Verengung der Herzkranzgefäße

ja nein

Sonstige _____

Kreislaufferkrankungen

Zu hoher/ zu niedriger Blutdruck

ja nein

Zustand nach Herzinfarkt

ja nein

Durchblutungsstörungen

ja nein

Zustand nach Schlaganfall

ja nein

Sonstige _____

Stoffwechselerkrankungen

Diabetes

ja nein

Magen-/ Darmerkrankungen

ja nein

Schilddrüsenerkrankungen

ja nein

Sonstige _____

Bluterkrankungen

- Blutungsneigung (Hämophilie) ja nein
Blutarmut (Anämie) ja nein
Sonstige _____ ja nein

Infektionskrankheiten

- HIV/ Aids ja nein
Hepatitis (A/B/C) ja nein
Tuberkulose ja nein
Sonstige _____ ja nein

Sonstige Erkrankungen

- Epilepsie ja nein
Grüner Star ja nein
Asthma ja nein
Nierenerkrankungen ja nein
Lebererkrankungen ja nein
Rheuma ja nein
Osteoporose ja nein
Tumorerkrankungen ja nein
Sonstige _____ ja nein

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

- Rauchen Sie? ja nein
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? ja nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? ja nein
Wenn ja, welche? _____
Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wenn ja, bei welchem Arzt? _____
Sind Sie schwanger? ja nein
Wurde im letzten Jahr ein Röntgenbild Ihrer Zähne gemacht? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wünschen Sie Informationen zu einem bestimmten Thema? _____

- Möchten Sie von uns an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden? ja nein
Wenn ja, wie? Brief Email SMS

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Wir machen Sie hiermit darauf 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 Lokalanästhesie-Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Bad Neuenahr-Ahrweiler, den _____ Unterschrift _____