

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

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.

Bitte geben Sie zum Abgleich Ihre Adresse und eine Mobilfunknummer an:

Strasse:

Ort:

Mobil:

Geburtsort:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

(ja) (nein) Herz /Kreislauf

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) Blasenerkrankung

(ja) (nein) Nierenerkrankung

(ja) (nein) Dialyse

(ja) (nein) Leber (Gelbsucht, 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

Stoffwechsel

(ja) (nein) Zuckerkrankheit

(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion

(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkolose

(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

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?

(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 regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Rauchen Sie?

Wenn ja, wieviel?.....

(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 zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche ?.....

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

Wenn Ja, in welchem Monat?.....

Weitere administrativ wichtige Informationen:

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

Etwas wichtiges in eigener Sache

Hinweise zur Krankenversichertenkarte: Wenn Sie Ihre Krankenversichertenkarte heute nicht vorlegen können, reichen Sie sie bitte innerhalb von 10 Tagen, jedoch vor dem Quartalsende nach, weil wir sonst erbrachte Leistungen privat berechnen müssen.

Wir Versuchen alles um Ihnen Wartezeiten zu ersparen, Termine die wir mit Ihnen vereinbaren, sind für Sie reserviert. - was bei Nichterscheinen natürlich zu Ausfall führt. Wir bitten Sie daher Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 48h vorher abzusagen. Bei Fernbleiben müssen wir Ihnen den Ausfall ansonsten berechnen.

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.

Groß-Zimmern, den Unterschrift