

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau,

für eine an Ihrem Gesundheitszustand optimal angepassten zahnärztlichen Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollen Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- Herzinfarkt wann.....
- Herzinsuffizient
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rhythmusstörungen
- Bypass/ Stent
- Herzklappenersatz
- Endokartitis Prophylaxe
- Schrittmacher
- Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS, Xarelto, Eliquis, Pradaxa)?

Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter

Augen

- Grauer Star
- Grüner Star

Atmungswege/ Lunge

- Asthma
- Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

Blase-Nieren

- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse

Leber

- Hepatitis/ Gelbsucht

Bewegungsapparat

- Rheuma

Zentrales Nervensystem

- epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

- Kopfschmerzen
- Migräne
- Treten bei Ihnen Schmerzen oder Knackgeräusche im Kiefergelenk auf?
- Besitzen Sie eine Aufbisschiene?

Stoffwechsel

- Diabetes/ Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Hashimoto

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

- Haut und/ oder Geschlechtskrankheiten
- HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- Tumorerkrankungen welcher Art
- Bestrahlung und/ oder Chemotherapie wann
- Röteln, Mumps, Masern, Scharlach – (akut)

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Titel:

Arzt:

Ort:

Telefon:

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?
- Einnahme von Bisphosphonaten
- Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche?
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche?
- Besitzen Sie einen Allergiepass?
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?
- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?
- Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat?
- Raucher

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- Möchten Sie von uns schriftlich informiert werden, wenn Ihre halb-jährliche Kontrolluntersuchung wieder notwendig ist?
- Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? von.....
- Datenschutzerklärung (im Wartezimmer ausliegend) gelesen und akzeptiert

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 andere Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Hüfhelden, den Unterschrift