

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.

Leiden oder litt(en) Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

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

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)
- (ja) (nein) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

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) 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) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- (ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

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.

Gronau, den Unterschrift