

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Patient,
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.

Patient: Name.....Vorname.....Geb.-Datum.....
Versicherter: Name.....Vorname.....Geb.-Datum.....
Anschrift: Straße und Hausnummer.....
PLZ, Wohnort.....
Telefon.....Krankenkasse.....
Allgemeinarzt.....

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

- Zustand nach Infarkt
- Herzklappenentzündung/ Ersatz
- Endokarditis
- Verengung der Herzkranzgefäße (Angina pectoris)
- Rhythmusstörungen
- Bypass / Schrittmacher / künstliche Herzklappe

Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- langanhaltende Nachblutungen / Einnahme von Gerinnungshemmern z. Bsp. Marcumar

Atmungswege/Lunge

- Asthma

Magen-Darm-Trakt

- Magen-, Darmerkrankungen

Blase-Nieren

- Nierenerkrankung
- Dialyse

Leber

- Hepatitis A,B,C

