

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Vor- und Zuname: Geb.Datum:
Adresse: Kr.Kasse:
Telefon privat: Vers.Nr:
E-Mail: Wird E-Mail regelmäßig abgefragt Ja / Nein
Beruf: Tel. dienstlich:
Hauptversicherer: Zusatz Vers:
.....

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen vollständig aus. Dadurch ist es uns möglich, Sie besser betreuen und beraten zu können.

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten
(Medikamente, Nahrungsmittel)? Ja / Nein Welche?

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an, unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten!
Falls ja, bitten wir um weitere Angaben.

Arthrose (Gelenkserkrankungen) Ja / Nein
Hämophilie (Bluterkrankheit) Ja / Nein
Bluthochdruck (Hypertonie) Ja / Nein
Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja / Nein
Epilepsie, Krampfleiden Ja / Nein
Geschlechtskrankheiten Ja / Nein
Tuberkulose (Schwindsucht) Ja / Nein
Glaukom (grüner Star) Ja / Nein
Herzkrankungen Ja / Nein
 Herzinfarkt Ja / Nein
 Herzschrittmacher Ja / Nein
HIV+ (AIDS) Ja / Nein
Infektiöse Hepatitis
 (Gelbsucht, Lebererkrankung) Ja / Nein
Nierenleiden Ja / Nein
Infektiöse Erkrankungen Ja / Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja / Nein
Haben Sie zur Zeit Schmerzen? Ja / Nein
Für weibliche Patienten:
 Sind Sie derzeit schwanger? Ja / Nein
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja / Nein
Haben oder hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja / Nein
Wann wurde das letzte Panoramaröntgen gemacht?

Wünschen Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung
bzw. Prophylaxesitzung? Ja / Nein

Wünschen Sie vor der Behandlung eine lokale Anästhesie
(Betäubung) zur schmerzfreien Behandlung? Ja / Nein

Wollen Sie rechtzeitig zum nächsten Kontrolltermin
eingeladen werden? Ja / Nein

Wir bitten Sie uns zu verständigen, wenn sich Ihre Angaben zu dem Fragebogen ändern.

Rastefeld, am

_____ Datum

_____ Patienten-Unterschrift, Vor-/Zuname