Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

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.

Name:	Vorname:		
geboren am:	Geburtsort:		
Versichert über: Mutter/Vater/Mann			
Anschrift Straße + Hausnummer:	PLZ und Wohnort:		
Telefon privat:	Telefon geschäftlich:Handy:		
Krankenkasse:	E-Mail Adresse:		
Sind Sie privat versichert:	() Ja () Nein Haben Sie eine Zusatzversicherung: () Ja () Nein		
Arbeitgeber/ Beruf:			
Ihr Hausarzt:			
Auf wessen Empfehlung ko	mmen Sie:		
	npass: () Ja		
	Zutreffendes bitte ankreuzen		
<u>Herz</u>			
() Zustand nach Infarkt			
() Bypassoperationen			
andere Erkrankungen am F	Herzen:besitzen sie einen Herzpass () Ja () Nein		
<u>Kreislauf</u>			
() niedriger Blutdruck	() Bluthochdruck () Angina pectoris		
() Durchblutungsstörunge	n () Schlaganfall		
Erkrankungen des Blutbil	denden Systems		
() Blutarmut	() Blutgerinnungsstörung () nehmen Sie Blutverdünner ein		
welche Blutverdünner nehm	nen Sie		

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

Zutreffendes bitte ankreuze	<u>en</u>		
() Blasen oder Nierenerki	rankungen	() Schilddrüsenerkrankung	
() Gelbsucht/ Hepatitis		() Zuckerkrankheit	
() Tuberkolose		() epileptische Anfälle	
() Rheuma		() HIV bzw. AIDS	
() Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chem	notherapie)	
Sonstige medizinische w	ichtige Informatio	onen	
() Ja () Nein	Haben sie ander	re, hier nicht aufgeführte Erkrankungen?	
Wenn ja welche:			
() Ja () Nein	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		
Wenn ja welche:			
() Ja () Nein	Sind Sie allergis	ch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?	
Wenn ja welche:			
() Ja () Nein	Besitzen Sie ein	en Allergiepass?	
() Ja () Nein	Sind Sie zur Zeit	t schwanger?	
Wenn ja welche Woch	e:		
Wann war die letzte Röntge	enuntersuchung ur	nd was wurde geröntgt?	
() Ja () Nein	Hierm Mail e	it erkläre ich mich einverstanden das ich meine Rechungen per E rhalte!	
Hinweis zur Verkehrstück	ntigkeit nach zahr	närztlichen Behandlungen	
Behandlungen unter Umstä	änden mehrere Stu	dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen unden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung ktionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen	
Olfen, denUnterschrift:			
Für Kassenpatienten:			
		rahnmedizinische Versorgungen, die die Krankenkassen eventuell	
nicht übernehmen, informie		() Nein	
		orgeprogramm zur Verhinderung von Karies und	
Zahnfleischerkrankungen?	() Ja	() Nein	