

Gesundheitsfragebogen

Name:

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.

Bitte schreiben Sie in DRUCKBUCHSTABEN und kreuzen sie Zutreffendes an.

Wie lautet Ihre Telefonnummer und ggf. Mobilnummer?

Festnetz:

E-Mail:

Mobilnummer:

Über wen sind Sie versichert:

Arbeitgeber/ Beruf:

Name Kostenträger:

Telefon dienstlich:

Zusatzversicherung:

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) Allergien / Unverträglichkeiten?

(ja) (nein) Epilepsie oder andere neurologische Auffälligkeiten?

(ja) (nein) Atemwegserkrankungen/ Asthma?

(ja) (nein) Blutgerinnungsstörung?

(ja) (nein) Diabetes?

(ja) (nein) Glaukom? (erhöhter Augendruck)

(ja) (nein) Hämatologische Erkrankungen

(Erkrankungen blutbildender Organe)

(ja) (nein) Haben oder hatten Sie Probleme mit dem Herzen? Besitzen Sie einen Herzpass?

(ja) (nein) Hypertonie (erhöhter Blutdruck)

(ja) (nein) Hypotonie (niedriger Blutdruck)

(ja) (nein) Schlaganfall

(ja) (nein) Infektionskrankheiten (welche), Hepatitis (welcher Typ), Aids / HIV

(ja) (nein) Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung eines Organs?

(ja) (nein) Chronische Niereninsuffizienz / Dialyse - Pflichtigkeit

(ja) (nein) Osteoporose

