

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN



Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis.

Unser Team möchte Sie so umsichtig und schonend wie möglich behandeln. Bevor wir auf Ihre zahnmedizinischen Wünsche eingehen, benötigen wir daher neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Nur so ist es uns möglich, die Behandlung individuell auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen. Dabei unterliegen Ihre Angaben selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank

## PATIENT

NAME \_\_\_\_\_

VORNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

VERSICHERTER

SELBST (WIE OBEN)

EHEGATTE

VATER/ MUTTER

## ANSCHRIFT

PLZ/ORT \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_

## ERREICHBARKEIT

TEL. PRIVAT: \_\_\_\_\_

TEL. MOBIL: \_\_\_\_\_

TEL. DIENSTLICH: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

## HABEN ODER HATTEN SIE ?

- Herzerkrankung (Herzpass)
- Hohen Blutdruck
- Niedrigen Blutdruck
- Nehmen Sie Blutverdünner
- Herzschrittmacher
- Blutgerinnungsstörungen
- Allergie (Allergiepass)
- Medikamentenunverträglichkeit
- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- Lungenerkrankung (Asthma, TBC)
- Lebererkrankung
- Hepatitis
- Schilddrüsenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Rheuma, Gicht
- Nervenerkrankung (Epilepsie)
- AIDS (HIV pos.)
- Gelenkersatz (Hüfte, Knie)
- Creutzfeld-Jacob-Krankheit (CJK)

JA   NEIN

## ZAHN-MUND-SITUATION

JA   NEIN

Wurden Sie in den letzten zwei Jahren im Kopfbereich geröntgt?

Haben Sie Zahnfleischbluten?

Bemerken Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk? (z. B. beim Gähnen, Kauen)

## Prophylaxe

Haben Sie Interesse an einer Vorsorge gegen Karies und Zahnfleischrückgang?

Krankenkassen fördern die regelmäßige Kontrolle der Zähne. Wir bieten Ihnen an, Sie über unsere Wiederbestellkartei an den Zeitpunkt für eine Kontrolluntersuchung zu erinnern.

## Recall

Ich möchte regelmäßig an meine Kontrolluntersuchung erinnert werden

Besteht eine Schwangerschaft?

Bitte benennen Sie Ihren Hausarzt: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie? \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt sein kann. Bitte berücksichtigen Sie dies für Ihre Behandlungstermine!

DATUM

UNTERSCHRIFT (bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)