

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 ?

JA NEIN

Herzerkrankung (Herzpass)

Hohen Blutdruck

Niedrigen Blutdruck

Nehmen Sie Blutverdünner

Herzschrillmacher

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)

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) _____