

Gesundheitsfragebogen

Vorname:..... Nachname:..... Geb.:.....

Versicherter(wenn familienversichert):..... Geb.:.....

Anschrift:..... PLZ/Ort:.....

Handy- und/oder Telefonnummer:.....

- (ja) (nein) Sind Sie gesetzlich versichert?
Wenn ja, bei welcher Krankenkasse?.....
- (ja) (nein) Sind Sie privat versichert?
Wenn ja, wie viele Rechnungen benötigen Sie ?.....
- (ja) (nein) Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung/Endokarditis
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz/Herzklappenproblematik(z.B.:Spenderherz,...)
- (ja) (nein) Schrittmacher
- (ja) (nein) Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall
- (ja) (nein) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

Augen

- (ja) (nein) Grauer oder Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma/Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenerkrankung/Darmerkrankung

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Nierenerkrankung oder Dialyse

Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht/Hepatitis

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma/Arthritis/Gicht

Zentrales Nervensystem

(ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

(ja) (nein) häufige Kopfschmerzen oder Migräne

Stoffwechsel

(ja) (nein) Zuckerkrankheit

(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion

(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose

(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

(ja) (nein) Osteoporose

(ja) (nein) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Name des Arztes:..... Fachrichtung:..... Ort:.....

Weitere medizinisch wichtige Informationen:

(ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? wenn ja

welche?.....

(ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?

(ja) (nein) Traten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Betäubungen auf?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger? Wenn Ja, in welchem

Monat?.....

(ja) (nein) Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?.....

Weitere zahnärztlich wichtige Informationen:

(ja) (nein) Wurden Sie in den letzten 2 Jahren im Kopfbereich geröntgt?

Wenn ja, bei wem?.....

(ja) (nein) Haben Sie festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatz?

Wenn ja, aus welchem Jahr?.....

(ja) (nein) Wurden Ihre Weisheitszähne bereits entfernt?

Wenn ja, wann ?.....

(ja) (nein) Sind oder waren Sie in kieferorthopädischer Behandlung?

Wenn ja, wo ?.....

(ja) (nein) Welche Hilfsmittel benutzen Sie zur Zahnpflege? Bitte ankreuzen:

Handzahnbürste elektr. Zahnbürste Interdentalbürstchen Zahnseide/-gabeln

Weitere administrativ wichtige Informationen:

(ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten.

Kappeln, den Unterschrift