

## Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte/r Frau/Herr .....

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 bitte mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

### Kontaktdaten Patient

Beruf

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)

\_\_\_\_\_  
Telefon (geschäftlich)

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

### Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zur **Blutgerinnungshemmung** (wie z. B. ASS, Xarelto, Eliquis, Marcumar, Plavix, Heparin, Efient, Phenprocoumon) ein? (ja) (nein)

Wenn Ja welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig **Schmerzmittel, Psychopharmaka** oder freiverkäufliche Präparate ein? (ja) (nein)

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Medikamente? \_\_\_\_\_

### Allergien

Leiden Sie an Allergien? (ja) (nein)

Wenn Ja, an welchen? \_\_\_\_\_

Asthma? (Ja) (nein)

### Osteoporose

Leiden Sie an Osteoporose?

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente hatten Sie früher mal eingenommen? \_\_\_\_\_

### Herz-/ Kreislaufkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen:

Herzinfarkt? (ja) (nein)

Herzschwäche? (ja) (nein)

Herzmuskelentzündung? (ja) (nein)

Bypass Operation (Stents)? (ja) (nein)

Herzschrittmacher? (ja) (nein)

Bluthochdruck? (ja) (nein)

Schlaganfall? (ja) (nein)

### Organtransplantat

Haben Sie ein Organtransplantat? (ja) (nein)

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  
Künstliche Gelenke? /ja) (nein)  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

### **Infektionskrankheiten**

Hepatitis? (ja) (nein)  
Wenn Ja, welche Hepatitis Gruppe (A, B oder C) ? \_\_\_\_\_  
Tuberkulose (TBC) ? (ja) (nein)  
HIV positiv? (ja) (nein)

### **Krebserkrankungen**

Wenn Ja, Welche? \_\_\_\_\_  
Bestrahlung: Hals/Kopf Bereich? (ja) (nein)  
Chemotherapie? (ja) (nein)

### **Sonstige Erkrankungen**

Epilepsie? (ja) (nein)  
Rheuma/Gicht? (ja) (nein)  
Diabetes/Blutzucker? (ja) (nein)  
Falls Ja welcher HbA Wert haben Sie? \_\_\_\_\_  
Schilddrüsenerkrankung? (ja) (nein)

### **Tabakkonsum/Drogenkonsum**

Rauchen Sie? (ja) (nein)  
Nehmen Sie Drogen? (ja) (nein)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### **Alkoholkonsum**

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (ja) (nein)

### **Unterschrift**

--

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Ort/Datum : Lenzkirch, den \_\_\_\_\_