

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 _____