

# Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Herr Beispiel, Peter

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

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher

### Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

### Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter

### Augen

- Grauer Star
- Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

- Asthma
- Bronchitis

### Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

### Blase-Nieren

- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse

### Leber

- Gelbsucht
- Hepatitis

### Bewegungsapparat

- Rheuma
- rheumatoide Arthritis
- Gicht

### Zentrales Nervensystem

- epileptische Anfälle

### Vegetatives Nervensystem

- Kopfschmerzen
- Migräne

**Stoffwechsel**

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

**Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?**

- Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- HIV bzw. AIDS, Tuberkolose
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

- Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche ?.....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche ?.....
- Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zurzeit mit Bisphosphonaten behandelt? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? Wann? Mit welchem Präparat?  
.....
- Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  
Wenn ja, welche ?.....
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?.....
- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche ?.....
- Sind Sie z.Zt. schwanger?  
Wenn Ja, in welchem Monat?.....

**Wie möchten Sie an Ihren Kontrolltermin erinnert werden?**

- Per e-mail (e-mail Adresse: .....)
- Per Post
- Gar nicht...

**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. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Teltow, den ..... Unterschrift .....