

# Gesundheitsfragebogen

Liebe/r Patient/in, 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 sowie der DSGVO.

Patient/in: .....

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf/Student/Schüler
------	---------	--------------	-----------------------

Adresse: .....

PLZ	Wohnort	Straße
-----	---------	--------

Kontakt: .....

Tel. tagsüber	Handy	E-Mail
---------------	-------	--------

Hausarzt .....

Name	ggf. Tel.	Ihre behandelnde Zahnärztin (oder alte Praxis)
------	-----------	--

## Gesetzl. Versicherung

Zusatzversicherung  Familien Vers.  Rentner  freiwillig vers.

## Private Versicherung

Beihilfe  Standardtarif

ggf.: Erziehungsberechtigter/ gesetzl. Betreuer:

.....

Name	Vorname	Handy
------	---------	-------

### Medizinisch wichtige Informationen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Haben Sie andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Sind Sie gegen bestimmte Medikamente /Stoffe allergisch? Wenn ja, welche?

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?

Bitte die zweite Seite beachten →

<b>Bitte beantworten Sie folgende allgemeinmedizinische Fragen:</b>	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Asthma		
Angina pectoris (Brustenge, anfallsartiger schmerz in der Brust)		
angeborener Herzfehler		
Blutgerinnungsstörungen		
hoher/niedriger Blutdruck		
COPD		
Chronische Bronchitis		
Diabetes		
Epilepsie		
Grüner Star		
Hepatitis / Gelbsucht		
Herzschwäche - / Insuffizienz		
Herzklappenersatz		
Herzschrittmacher		
Herzmuskelentzündung		
HIV / Aids		
Nierenerkrankung (Dialyse?)		
Osteoporose		
rheumatische Erkrankungen		
Schilddrüsenüber/ -unterfunktion		
Schlaganfall		
Tumorerkrankungen		
Tuberkulose		
Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?		
Rauchen Sie regelmäßig?		
Verwenden Sie regelmäßig Fluoride?		
Sind Sie zurzeit schwanger?		
Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolluntersuchungen erinnert werden?		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Berlin, den ..... Unterschrift .....