

Gesundheitsfragebogen

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Weshalb suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen? _____

Haben Sie aktuell Zahnschmerzen? ja nein

Wurden Sie überwiesen? ja nein Wenn ja, von wem? _____

	ja	nein	
Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie z. Zt. noch in ärztlicher Behandlung/Kontrolle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: welche Fachrichtung(en)? _____
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: welche? _____
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (z.B. gegen Latex?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: gegen welche Stoffe (Allergiepass?) _____
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: welche? _____

Bestehen oder bestanden bei Ihnen die folgenden Krankheiten/Beschwerden/Befunde?

	ja	nein	Wenn ja, dann bitte ergänzende Angaben!
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krampfleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen-/ Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaukom (Augendruckerhöhung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ansteckende Krankheiten (z.B. TBC, Hepatitis, AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Unfälle/Verletzungen am Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

ja nein Wenn ja: welche?

Sind andere Ihnen wichtig erscheinende Erkrankungen/Beschwerden bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Organtransplantationen / künstliche Herzklappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: seit wann? _____

Wann und wo wurden Sie das letzte Mal im Zahn-/Kieferbereich geröntgt? _____

Stuttgart, den _____

Unterschrift Patient: _____

In Ihrem Interesse würden wir Sie bitten, uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes umgehend mitzuteilen!