



Gesundheitsfragebogen

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Informationen, die der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz unterliegen, und von uns streng vertraulich behandelt werden. Bitte teilen Sie unserer Praxis auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihre Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

Patient / Name	Vorname	Versicherter / Name	Vorname
Geburtsdatum	Beruf	Geburtsdatum	Beruf
Straße	Nr.	Straße	Nr.
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Telefon Privat	Telefon Arbeit	Telefon Privat	Telefon Mobil
Telefon Mobil	E-Mail	Krankenkasse / Versicherung	

1. Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|---|---|---|
| a) Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Leberkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Bluterkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | TBC | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Nehmen/nahmen Sie in diesem Zusammenhang Bisphosphonate | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Tumor/Karzinom/Krebs | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |

- b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit von Medikamenten bzw. Materialien ja nein
Haben Sie einen Allergie-Pass? ja nein
wenn ja, welche?

- c) **Herzinfarkt** Nehmen Sie Marcumar? ja nein
Schlaganfall ja nein
Lähmungen ja nein
Blutdruck niedrig normal noch
ggf. Werte

2. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein
3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
ggf. Welche?

4. Rauchen Sie? ja nein
5. Besteht eine Schwangerschaft? ja nein ungewiss
ggf. welcher Monat? 1 2 3 4 5 6 7 8 9

6. Liegt/lag eine Unfallverletzung im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich vor? ja nein
Unfalldatum Art der Verletzung

7. Sonstige Krankheiten? ja nein
ggf. Welche?

8. Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? ja nein

9. Haben Sie einen Röntgenpass? ja nein
Wünschen Sie einen Röntgenpass? ja nein

10. Haben Sie ein Bonusheft? ja nein

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung/Computertomographie?

Datum Körperteil

ich bin an einem Prophylaxeprogramm, z.B. professionelle Zahnreinigung, interessiert. ja nein

Wie/durch wen wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Ihr Hausarzt:	Anschrift	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit unter Einfluss von Medikamenten oder Injektionen zur örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum	Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r
<input type="text"/>	<input type="text"/>