

# Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau .....

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

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperationen
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

### Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

### Erkrankungen des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
- (ja) (nein) Bluter

### Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis

### Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenkrankungen
- (ja) (nein) Darmkrankung

### Blasen-Nieren

- (ja) (nein) Blasenkrankung
- (ja) (nein) Nierenkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

### Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht
- (ja) (nein) Hepatitis

**Bewegungsapparat**

- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) rheumatoide Arthritis
- (ja) (nein) Gicht

**Zentrales Nervensystem**

- (ja) (nein) epileptische Anfälle

**Vegetatives Nervensystem**

- (ja) (nein) Kopfschmerzen
- (ja) (nein) Migräne

**Stoffwechsel**

- (ja) (nein) Zuckerkrankheit
- (ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
- (ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

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

Wenn sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

**Titel:**                      **Arzt:**    **Ort:**    **Telefon:**

**Sonstige medizinische wichtige Informationen:**

- (ja) (nein) Bluten Sie lange, wenn sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- (ja) (nein) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- (ja) (nein) Haben Sie andere, hier nicht aufgeführte Erkrankungen? Wenn ja welche? .....
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja welche? .....
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Wenn ja welche? .....
- (ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Wenn ja, welche?  
.....
- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?  
.....
- (ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Wenn ja, welche?  
.....
- (ja) (nein) Sind Sie z. Zt. Schwanger? Wenn ja, in welchem Monat? .....

**Weitere administrativ wichtige Informationen**

- (ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

**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.

Hachenburg, den .....Unterschrift.....