Zahnarztpraxis
Dr.Görgner

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

für eine optimale 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 bitte mit uns!
Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: .....

Bestehen folgende Erkrankungen?

Herz

- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Rhythmusstörungen
- ☐ Bypassoperation / Stent
- ☐ Herzklappen-Ersatz
- ☐ Schrittmacher

Kreislauf

- ☐ niedriger Blutdruck
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Schlaganfall

sonstiges:

- ☐ Asthma
- ☐ Diabetes
- ☐ Augen (z. B. Glaukom, grauer Star)
- ☐ Knochen (z. B. Osteoporose)
- ☐ Epilepsie
- ☐ Parkinson

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ☐ HIV, Hepatitis A/B/C, Tuberkulose
- ☐ Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Behandelnder (Haus-/Fach-)Arzt:

.....

☐

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- ☐ Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
  Wenn ja, welche ?.....
- ☐ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
  Wenn ja, welche ?.....
- ☐ Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?
- ☐ Konsumieren Sie Snus? Wenn ja, wie oft?
- ☐ Besteht eine Alkoholabhängigkeit?
- ☐ Besteht eine Drogensucht?
- ☐ Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente (z. B. Penicillin, Ibuprofen) oder andere Stoffe (z . B. Nickel, Latex)? Wenn ja, welche?.....
- ☐ Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
- ☐ Hatten Sie in den letzen 6-12 Monaten eine Operation?
  Wenn ja, welche ?.....
- ☐ Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

Regen, den ..... Unterschrift .....