

# 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 ) Bypassoperation
- ( ja ) ( nein ) Herzklappenersatz
- ( ja ) ( nein ) Schrittmacher

### Kreislauf

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

### Erkrankung des blutbildenden Systems

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

### Atmungswege/Lunge

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

### Blase-Nieren

- ( ja ) ( nein ) Nierenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Dialyse

### Leber

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

### Zentrales Nervensystem

- ( ja ) ( nein ) epileptische Anfälle

### Stoffwechsel

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

## Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ( ja ) ( nein ) HIV bzw. AIDS, Tuberkolose
- ( ja ) ( nein ) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- ( ja ) ( nein ) Osteoporose

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

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

## Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- ( ja ) ( nein ) Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
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?.....

Seukendorf, den ..... Unterschrift .....