

Gesundheitsfragebogen

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste 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. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname: _____

Ihr persönlicher Gesundheitscheck

Herzerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Herzschrittmacher / Stent / Bypass	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Hoher Blutdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Niedriger Blutdruck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Ohnmachtsneigung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Blutverdünnung (z.B. ASS, Marcumar)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Durchblutungsstörung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Blutungsneigung / Bluterkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wundheilungsstörung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Rheuma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Diabetes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Lebererkrankung (Hepatitis)	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
HIV	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Magen- / Darmerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nierenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankung / Asthma	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Nasen- / Nebenhöhlenerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Epilepsie	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Depressionen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Tumorerkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Osteoporose / Bisphosphonat	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Raucher	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Bitte wenden.

Sonstige schwere Erkrankung? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein
(wenn ja bitte vorlegen)

Reagieren Sie bei bestimmten Medikamenten empfindlich? ja nein
Wenn ja, bei welchen? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Für unsere weiblichen Patienten:

Sind sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Stillen Sie? ja nein

Für Neupatienten:

Haben Sie Interesse an regelmäßigen Zahn-Vorsorgeuntersuchungen ja nein

Wenn ja, wie oft möchten Sie von uns an Ihre
Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden? 1x jährlich 2x jährlich

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt?

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der genannten Angaben.

Schweinfurt, _____ Unterschrift: _____