

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte 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.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Herz- und Kreislaufbeschwerden?
- Ohnmachtsneigung?
- Infektionskrankheit TBC, Gelbsucht etc. ?
- Blutkrankheit, Blutungsneigung?
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?
- Osteoporose?
- (ja) (nein) Wenn ja nehmen sie Bisphosphonate ein?
- Glaukom?
- Diabetes?
- Rheuma?
- Leberkrankheit / Hepatitis?
- Schilddrüsenerkrankung?
- HIV / Aids

Behandelnder Arzt

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) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- (ja) (nein) Befanden sie sich in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?
- (ja) (nein) Sind sie in den letzten 12 Monaten im Kopf/ Kieferbereich geröntgt worden?
- (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?.....

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- (ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?
- (ja) (nein) Besitzen sie einen Röntgenpass?
- (ja) (nein) Sind sie mit dem Aussehen und der Passung ihrer Zähne zufrieden?
- (ja) (nein) Sind sie gegen Covid -19 geimpft?

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.

Hemsbach, den Unterschrift