

# 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.

**Möchten Sie zu einem bestimmten Thema beraten werden?**

**Was sollten wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?**

**Haben Sie spezielle Fragen oder besondere Wünsche an uns?**

**Was erwarten Sie von uns?**

**Wir freuen uns über Ihre Anregungen, Ihr Lob und auch Ihre Kritik.**

**Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?  
Zutreffendes bitte ankreuzen**

## Herz

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rhythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher

## Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

## Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter

### Atmungswege/Lunge

- Asthma
- Bronchitis

### Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

### Blase-Nieren

- Nierenerkrankung
- Dialyse

### Leber

- Gelbsucht
- Hepatitis

### Bewegungsapparat

- Rheuma
- Osteoporose

### Zentrales Nervensystem

- epileptische Anfälle

### Vegetatives Nervensystem

- Kopfschmerzen
- Migräne

### Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion
- Sonstige, welche?

### Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- Hepatitis

### Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche ?.....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche ?.....
- ASS 100, Marcumar oder andere blutverdünnende Medikamente
- Gibts es für Sie einen aktuellen Medikamentenplan?
- ( ja ) ( nein ) Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?  
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  
Wenn ja, welche ?.....

