

# Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau ..... , Vorname  
\_\_\_\_\_ geb.Datum: \_\_\_\_\_

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.

Adresse : \_\_\_\_\_

Handy/ Tel:

E-Mail:

## 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 ) Angina pectoris
- ( ja ) ( nein ) Durchblutungsstörungen
- ( ja ) ( nein ) Schlaganfall

### Erkrankung des blutbildenden Systems

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

### Augen

- ( ja ) ( nein ) Grauer Star
- ( ja ) ( nein ) Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

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

### Magen-Darm-Trakt

- ( ja ) ( nein ) Magenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Darmerkrankung

### Blase-Nieren

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

### Leber

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

### Bewegungsapparat

- ( ja ) ( nein ) Rheuma
- ( ja ) ( nein ) rheumatoide Arthritis
- ( ja ) ( nein ) Gicht

### Zentrales Nervensystem

( ja ) ( nein ) epileptische Anfälle

### Vegetatives Nervensystem

( ja ) ( nein ) Kopfschmerzen

( ja ) ( nein ) Migräne

### Stoffwechsel

( ja ) ( nein ) Zuckerkrankheit

( ja ) ( nein ) Schilddrüsenüberfunktion

( ja ) ( nein ) Schilddrüsenunterfunktion

### Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

( ja ) ( nein ) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten

( ja ) ( nein ) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose

( ja ) ( nein ) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

( ja ) ( nein ) Osteoporose

( ja ) ( nein ) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

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 ) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?

( 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 ) Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten oder anderen knochenstabilisierende Medikamenten behandelt ?

( 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 ) Haben Sie eine Zusatzversicherung ?

### Kiefergelenksbeschwerden und Symptome

( ja ) ( nein ) Haben Sie schmerzen im Kiefer- und Gesichtsbereich ?

( ja ) ( nein ) Knirschen oder pressen Sie Ihre Zähne zusammen ?

( ja ) ( nein ) Haben Sie Kiefergelenksknacken oder Tinnitus ?

( ja ) ( nein ) Schnarchen Sie ?

### Allgemein

( ja ) ( nein ) Sind Sie zufrieden mit Ihrer Zahnfarbe ?

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Ich bin mit der Herausgabe meiner Daten bzw. Röntgenbildern an den Mund-,Kiefer-,und Gesichtschirurgen sowie den Gutachtern nach dem neuen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Kapitel II-Art.5. auch per E-Mail einverstanden

Wir bitten Sie ausdrücklich, Termine die nicht wahrgenommen werden können, mindestens 24 Std. vorab-  
abzusagen . Ansonsten sind wir gezwungen Ihnen die ausgefallene Behandlungszeit in Rechnung zu stellen

Hagen, den ..... Unterschrift .....