

Gesundheitsfragebogen

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.
Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig. Wenn Sie Fragen haben, sprechen Sie uns
gerne an.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

	Ja	Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Leber, Niere oder des Magen-Darmtraktes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionserkrankungen (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (z. B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaukom (grüner Star)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung (Bitte auch angeben, wenn dies schon Jahre zurück liegt!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma/ rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Allergien/ Medikamentenallergien (Allergiepass?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Blutes, Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-/ Kreislaufkrankungen (Herzpass bitte vorzeigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinnenhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher/ künstliche Herzklappe/ Stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene oder erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z. B. ASS, Marcumar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/ Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Jahren Bisphosphonate eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Pflegegrad oder erhalten Sie Eingliederungshilfe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich erkläre, die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben,

Moers, _____
Datum

X _____
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten