

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.

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Das Ausfüllen dieses Anamnesebogens ist freiwillig.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher
- (ja) (nein) Blutgerinnung

Kreislauf

- (ja) (nein) Blutdruck / niedrig (), hoch ()
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma

Blase-Nieren

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

Leber

- (ja) (nein) Hepatitis

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma

Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) epileptische Anfälle
- (ja) (nein) Creutzfeldt-Jakob-Krankheit und deren Varianten (CJK - CJD)

Stoffwechsel

- (ja) (nein) Zuckerkrankheit
- (ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
- (ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- (ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- (ja) (nein) Osteoporose
- (ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkolose
- (ja) (nein) MRSA

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn Ja, in welchem Monat?.....
- (ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche ?.....

Ulm, den Unterschrift