

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Herr Beispiel, Peter (Pat.-Nr.: 0)

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.

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) Rythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher
- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Herzpass?
- (ja) (nein) Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?

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

