

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Herr ,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen mit unsere Mitarbeiterin auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Herzinfarkt (Stent, Bypässe)
Wenn ja, wann war der Vorfall?.....Welche Therapie folgte?.....
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz (Coronare Herzerkrankung, Angina Pectoris, Verengung Herzkranzgefäße)
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....
- (ja) (nein) Muskelentzündung (Endocarditis, Myocarditis, Pericarditis)
Wenn ja, wann war der Vorfall?.....
- (ja) (nein) Rythmusstörungen (Vorhofflimmern)
Wenn ja, seit wann bekannt?.....
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
Wenn ja, wann war der Eingriff?.....
- (ja) (nein) Schrittmacher, Defibrillator
Wenn ja, wann war der Eingriff?.....

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
Wenn ja, wie hoch ist er im Mittel?.....
- (ja) (nein) Bluthochdruck
Wenn ja, wie hoch ist er im Mittel?.....Medikamente?.....
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
Wenn ja, seit wann?.....Wo?.....Therapie.....
- (ja) (nein) Schlaganfall, Apoplex
Wenn ja, wann war der Vorfall?.....Medikamente?.....

Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Blutaustausch?.....
- (ja) (nein) Bluter
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Schweregrad?.....
- (ja) (nein) Grüner Star
Wenn ja, wann?.....Therapie?.....

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....
- (ja) (nein) Chronische Bronchitis
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....
- (ja) (nein) Lungenemphysem (COPD)
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Schweregrad?.....Therapie?.....

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Sodbrennen, Reflux, Magengeschwür...
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....
- (ja) (nein) Darmerkrankung (Morbus Crohn, Kolitis Ulzerosa)
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....Immunsuppressiva?.....

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Blasenerkrankung
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....
- (ja) (nein) Nierenerkrankung
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....

(ja) (nein) Dialyse
Wenn ja, seit wann?.....Restleistung Nieren?.....

Bewegungsapparat

(ja) (nein) Rheuma, Polyarthritis, Bechterew
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....Immunsuppressiva?.....

(ja) (nein) Gicht
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....

Zentrales Nervensystem

(ja) (nein) Epilepsie
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....Anfall?.....

Stoffwechsel

(ja) (nein) Zuckerkrankheit?
Wenn ja, Diabetes 1?.....Diabetes 2?.....HbA1c Wert?.....

(ja) (nein) Schilddrüsenfunktion
Wenn ja, Unterfunktion?.....Überfunktion?.....Therapie?.....

Leber

(ja) (nein) Leberzirrhose
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....Alkohol?.....

(ja) (nein) Hepatitis A, B, C
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....

(ja) (nein) Gelbsucht (Ikterus)
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Therapie?.....

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
Wenn ja, welche?.....Therapie?.....

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Stadium?.....

(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie, Biphosphonate)
Wenn ja, wann diagnostiziert?.....Organ?.....Prognose?.....Therapie?.....

(ja) (nein) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach
Wenn ja, welche?.....

Hausarzt/Fachärzte

(ja) (nein) Hausarzt
Name.....Anschrift.....Telefon.....

(ja) (nein) Fachärzte
Richtung.....Name.....Anschrift.....

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

(ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Sind Ihnen Organe entfernt worden?
Wenn ja, welche?.....Wann?.....Erkrankung?.....

(ja) (nein) Künstliche Bestandteile (Knie, Hüfte...)
Wenn ja, welche?.....Wann?.....Medikamente?.....

(ja) (nein) Organtransplantationen
Wenn ja, welche?.....Wann?.....Medikamente?.....

(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?
Wenn ja, um wieviel Kg in welcher Zeit?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkoholika 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) Rauchen Sie?
Wenn ja, wieviele Zigaretten?.....Seit wann?.....

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn Ja, in welchem Monat?.....

Zahnärztlich bedeutsame Fragen

- (ja) (nein) Kopfschmerzen/Migräne/Kiefergelenk/Kaumuskeln
Wenn ja, wann?.....Wo?.....Wie oft?.....Stärke?.....
- (ja) (nein) Weitere Beschwerden im Kopfbereich (Ohrgeräusche, Gelenkgeräusche, Schwindel)
Wenn ja, welche?.....Seit wann?.....
- (ja) (nein) Zahnfleischbeschwerden
(Bluten bei der Pflege, Parodontitisbehandlung, Zahnwanderung, -lockerung,-verlust)
- (ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Haben Sie besondere Ängste beim Zahnarzt?
Wenn ja, wovor?.....

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 10 Jahre)
- (ja) (nein) Möchten Sie über hochwertigste Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden?
- (ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

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

Gelsenkirchen- Buer, den Unterschrift