

Gesundheitsfragebogen

Bitte haben Sie Verständnis für die folgenden Fragen, da Erkrankungen unter Umständen Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können.
Teilen Sie uns bitte vor jeder Behandlung mit, wenn sich Änderungen bei Ihren Personalien oder Ihrem Gesundheitszustand ergeben haben. –**Vielen Dank für Ihre Mithilfe.**

Ihre Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht** und werden somit von uns **streng vertraulich** behandelt.

Name, Vorname _____ geb. _____ Tel.: Festnetz & mobil (privat) _____

Hausarzt/Facharzt: _____

	ja	nein
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, aufgrund welcher Erkrankung? _____		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? (ab 3 Medikamenten bitte Medikamentenliste vorlegen) _____		

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------------------

(Bei Patientinnen): Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welcher Woche/welchem Monat befinden Sie sich? _____		

Allergien:

Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Bestehen bei Ihnen Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____		

Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente oder andere Substanzen? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche: _____	

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____	

Bitte beachten Sie auch die Rückseite →

Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

Kreislaufferkrankungen:	ja	nein
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen, Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein (z. B.: Marcumar, Aspirin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		

Herzerkrankungen:	ja	nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endokarditis (Herzmuskelentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler oder Herzklappenprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris (Brustenge/Herzenge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche (Insuffizienz)/ Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzpass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechselerkrankungen, Infektionskrankheiten, etc:

Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen (Asthma, Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie, Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma, rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Erkrankungen:

haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?

Haben Sie auf Grund einer Erkrankung einen Pflegegrad? Wenn ja welchen?

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen und durch den Einfluss von Injektionen beeinträchtigt sein kann.

Auf Grund der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben wir unsere Regelungen zum Datenschutz gemäß den neuen Anforderungen aktualisiert.
Ausführliche Informationen der Datenschutzhinweise entnehmen Sie bitte unserer Website unter <https://www.zahnarzt-rz.de/datenschutzhinweise> oder dem im Empfang hinterlegten Flyer.

Datum

Unterschrift

Durch eine Praxismitarbeiterin auszufüllen:

Keine Änderungen vorhanden: _____ ZFA

Änderungen vorhanden und übernommen (Anamnese neu) _____ ZFA _____ ZA/ZÄ

12/2021