

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name:
 Adresse:
 Kr.Kasse: Geb./Vers.Nr:
 Telefon : Beruf:
 E-mail: Zusatz Vers:

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen vollständig aus. Dadurch ist es uns möglich, Sie besser betreuen und beraten zu können.

Rauchen Sie? Ja / Nein Wenn Ja, ungefähre Menge/Tag:
 Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?
 (Medikamente, Nahrungsmittel)? Ja / Nein Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja / Nein Welche?

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an, unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten!
 Falls ja, bitten wir um weitere Angaben.

Arthrose (Gelenkserkrankungen)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Hämophilie (Bluterkrankheit)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Hypertonie (Bluthochdruck)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes (Zuckerkrankheit)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfleiden)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Tuberkulose (Schwindsucht)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Glaukom (grüner Star)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Herzkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
HIV+ (AIDS)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Nierenleiden	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Infektiöse Erkrankungen (Hepatitis C,...)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>

Weitere Angaben:

Haben Sie zur Zeit Schmerzen? Ja / Nein

Haben oder hatten Sie eine Strahlen- Chemotherapie?
 Ja / Nein

Sind Sie in regelmäßiger zahnärztlicher Betreuung?
 Ja / Nein

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja / Nein

Haben oder hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden?
 Ja / Nein

Für weibliche Patienten:

Sind Sie derzeit schwanger? Ja / Nein Geburtstermin:

Wünschen Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung bzw. Prophylaxesitzung? Ja / Nein

Wollen Sie rechtzeitig zum nächsten Kontrolltermin eingeladen werden? Ja / Nein

Wünschen Sie eine Terminerinnerung ?
 per sms
 Nein

Wir bitten Sie uns zu verständigen, wenn sich Ihre Angaben zu dem Fragenbogen ändern.

Hollabrunn am _____

 Patienten-Unterschrift, Vor-/Zuname