

# Gesundheitsfragebogen



## Allgemeine Informationen

Name des Patienten / der Patientin: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Patienten / Der Patientin: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer des Patienten / der Patientin: \_\_\_\_\_

Sozialversicherung des Versicherten / der Versicherten: \_\_\_\_\_

Sollte der Patient / die Patientin mitversichert sein: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten / der Versicherten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Versicherten / der Versicherten: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer des Versicherten / der Versicherten: \_\_\_\_\_

Sozialversicherung des Versicherten / der Versicherten: \_\_\_\_\_

Dienstgeber: \_\_\_\_\_

Adresse des Dienstgebers: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Straße mit Hausnummer: \_\_\_\_\_

Stadt mit Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Staat: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (mobil und / oder Festnetz), unter der Sie am leichtesten erreichbar sind:

\_\_\_\_\_

Empfangen Sie SMS und lesen Sie diese? \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Sollte eine Zahnversicherung bestehen, bei welcher Versicherung:

\_\_\_\_\_



Fühlen Sie sich gesund? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welche und warum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien auf Medikamente? \_\_\_\_\_

Wenn ja, auf welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie Betäubungen („Spritzen“) bei einer Zahnbehandlung immer gut vertragen?

\_\_\_\_\_

Wenn nein, wie haben Sie reagiert? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Thrombo ASS		
Marcoumar (bitte Ausweis vorbereiten)		
Aktueller INR Wert: _____ Datum der Messung: _____		
Sintrom		

Bluten Sie nach Verletzungen lange? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Erkrankung des Herzens? \_\_\_\_\_

Wenn ja, woran leiden Sie und seit wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Diabetes? \_\_\_\_\_

Wenn ja, Typ I (insulinpflichtig) oder Typ II? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an einer Erkrankung der oberen Atemwege (Asthma, Bronchitis)?

\_\_\_\_\_



Leiden Sie an einer Schilddrüsenerkrankung?:

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

wenn ja: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Überfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mb. Hashimoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie RaucherIn?     ja         nein

bei Frauen: besteht zurzeit eine Schwangerschaft?     ja         nein

Wenn ja: die wievielte Schwangerschaft ist es? \_\_\_\_\_

In der wievielten Schwangerschaftswoche befinden Sie sich? \_\_\_\_\_

Wann haben Sie Entbindungstermin? \_\_\_\_\_

Verlief die Schwangerschaft bis jetzt komplikationslos? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr betreuender Arzt / Ärztin? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung? \_\_\_\_\_

Welches Anliegen haben Sie heute? \_\_\_\_\_

Ich erkläre, dass ich den Gesundheitsfragebogen sorgfältig nach meinem Wissen ausgefüllt habe.

Die Informationen über das Wahlzahnarztssystem habe ich erhalten.

Bei Nichteinhalten des vereinbarten Termins kann ein Verdienstentgang über die entsprechende Zeit verrechnet werden.

\_\_\_\_\_

Unterschrift

(bei Kindern bis zum 14. Lj. ein Erziehungsberechtigter)

\_\_\_\_\_

Datum