

# Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns entspannt über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese dienen ihrer Sicherheit, nachdem Allgemeinerkrankungen auch Auswirkungen auf zahnärztliche Therapien haben können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches

<hr/> Vorname	<hr/> Name	<hr/> Geburtsdatum, Geburtsort
<hr/> PLZ	<hr/> Ort	<hr/> Straße, Nr.
<hr/> Telefon (privat)	<hr/> Telefon (mobil)	<hr/> E-Mail
<hr/> Zahnarzt	<hr/> Hausarzt	<hr/> Wer hat Sie uns empfohlen?
<hr/> Gesundheitskasse	<hr/> Private Zusatzversicherung	<hr/> Basistarif
<hr/> Beruf	<hr/> Arbeitgeber	<hr/> Beihilfeberechtigt

## Für Frauen

Nehmen Sie Kontrazeption (Pille)?

ja  nein

Stillen Sie?

ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?

ja  nein

## Aktuelles

Befinden Sie sich in ärztlicher  
Behandlung?

ja  nein

Wenn ja, weswegen?

---

Leiden Sie derzeit an einer Infektion?  
(z. B. Erkältung, Magen-Darminfekt, ...)

ja  nein

## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder aktuell  
Medikamente ein? (z. B. Schmerz-  
und Schlaf-, Herz- und Kreislauf-,  
blutgerinnungshemmende Mittel wie  
Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®,  
Antidiabetika, Psychopharmaka,  
sonstige Medikamente)

ja  nein

Wenn ja, in welcher Dosierung?

---

---

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  
(Medikamente gegen Osteoporose,  
z. B. Fosamax®, Alendron, Zometa®)

ja  nein

Stehen Sie unter medikamentöser  
Chemotherapie oder Strahlentherapie?

ja  nein

## Alkoholkonsum

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja  nein

Wenn ja, was und wie viel?

---

## Tabakkonsum

Rauchen Sie?

ja  nein

Wenn ja, wieviel?

---

## Sonstiger Konsum

Nehmen Sie weitere sonstige  
Substanzen zu sich?

ja  nein

---

## Vorerkrankungen

Haben oder hatten Sie...

Allergien?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Anfallsleiden (Epilepsie)?

ja  nein

Krebserkrankungen?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Hepatitis?

ja  nein

Tuberkulose (Tbc)?

ja  nein

HIV (AIDS)?

ja  nein

Sonstige Infektionserkrankungen  
(MRSA, Creutzfeldt-Jacob,...)?

ja  nein

## Frühere Operationen

Kam es bei vormaligen Operationen  
zu folgenden Komplikationen:

Verstärkte Blutung?

ja  nein

## Ausfallzeiten

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können und mit 250 € pro 1/2 Stunde berechnet werden.

Blutgerinnungsstörungen  
(Neigung zu blauen Flecken)?

ja  nein

Herzfehler?

ja  nein

Herzschwäche/Herzinsuffizienz/  
Herzschrittmacher?

ja  nein

Angina pectoris Beschwerden  
(Brustschmerzen)

ja  nein

Herzinfarkt?

ja  nein

Herzmuskelentzündung  
(Myocarditis/Endocarditis)?

ja  nein

Künstliche Herzklappe?

ja  nein

Blutdruckstörungen (hoher oder niedriger)?

ja  nein

Thrombose/Embolien (Schlaganfall o.Ä.)?

ja  nein

Sonstige Herz-/Kreislaufkrankungen?

ja  nein

Verzögerte Wundheilung?

ja  nein

Verstärkte Narbenbildung (Keloid)?

ja  nein

Sonstigen Besonderheiten?

ja  nein

Schilddrüsenfunktionsstörungen?

ja  nein

Dialysepflichtigkeit?

ja  nein

Niereninsuffizienz?

ja  nein

Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)?

ja  nein

Osteoporose?

ja  nein

Asthma?

ja  nein

Chronische obstruktive  
Lungenerkrankung (COPD)?

ja  nein

Schlafapnoe?

ja  nein

Welche relevanten früheren Operationen  
(z. B. Herz-/Kreislauf) haben  
bei Ihnen stattgefunden:

---

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte/r