

Gesundheitsfragebogen

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
- (ja) (nein) Bluter

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenerkrankung
- (ja) (nein) Darmerkrankung

Nieren

- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht
- (ja) (nein) Hepatitis

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) rheumatoide Arthritis
- (ja) (nein) Gicht

Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

- (ja) (nein) Kopfschmerzen
- (ja) (nein) Migräne

