



## Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Wir benötigen Ihre Angaben für Ihren Gesundheitsbefund. Die Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie an Herzerkrankungen?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an Kreislaufkrankungen (zu hoher/zu niedriger Blutdruck)?                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Diabetes? Ist Ihr Magen-Darm-Bereich, Ihre Schilddrüse gesund?                               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter Erkrankungen des Nervensystems/ einem Anfallsleiden?                                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine Bluterkrankung (Blutungsneigung /Hämophilie)?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie jemals eins dieser Infektionskrankheiten (Leberentzündung/ Gelbsucht, Hepatitis oder HIV) ? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine Allergie (z.B. gegen Penicillin), Asthma oder Ekzeme?                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Litten Sie jemals unter dem Krankenhauserreger?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hatten Sie jemals die Creutzfeldt-Jacob-Krankheit (Rinderwahn)?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besitzen Sie einen Allergiepass?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie eine, bisher ungenannte Krankheit?   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie bei sich Zahnfleischbluten beobachtet?           | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie mit Form und Farbe Ihrer Schneidezähne zufrieden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Zähne, deren Stellung Sie stört?                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Gibt es jemanden, bei dem wir uns für die Empfehlung bedanken dürfen?  ja  nein

Wenn ja, nennen Sie uns bitte den Namen: \_\_\_\_\_

- |   |                              |                                |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| Möchten Sie in Zukunft an Ihre Kontrolltermine erinnert werden? | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein  |
| Möchten Sie generell an Ihre Termine erinnert werden?           | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein  |
| Wenn ja, per SMS oder per Email?                                | <input type="checkbox"/> SMS | <input type="checkbox"/> email |

*Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.*

*Da wir eine Praxis mit fixen Behandlungsterminen sind, möchten wir Sie bitten, zu Ihren Terminen pünktlich zu erscheinen. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass wir uns auf Sie verlassen können. Vielen Dank.*

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, für jeden Termin, den ich nicht 24 Stunden zuvor absage, je ausgefallene halbe Stunde € 70 zu bezahlen-- ausgenommen unverschuldete Umstände (Unfälle, Krankheit).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name