

Gesundheitsfragebogen

Name _____ Vorname _____ geb. _____

PLZ _____ Ort _____ Straße/ Nr. _____

Tel. _____ / _____ Mobil _____ / _____

E-Mail-Adresse _____

Name der Krankenkasse/
Privatkrankenkasse _____

Bei **Privatkrankenkasse**: Basistarif ja

Gesetzlicher Vertreter: Name _____ Vorname _____
geb. _____

Pflegegrad: _____

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN BZW. ANKREUZEN!!!!

	Ja /	Nein
Herzprobleme: Herzklappenersatz, Herzfehler, Transplantation, Stents wenn ja, welche und seit wann: _____	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Nehmen Sie Blutverdünner (z.B. Marcumar, Clopidogrel, Aspirin, ASS 100)? wenn ja, welche: _____	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Blutdruck: niedrig normal hoch		
Haben Sie Allergien (z.B. Metalle, Antibiotika)? wenn ja, welche: _____	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, HIV): wenn ja, welche: _____	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Haben/ hatten Sie je eine Krebserkrankung/ Tumorleiden? wenn ja, welche und wann: _____	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Bestrahlung:	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Bisphosphonate:	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit):	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Asthma/ Lungenerkrankung:	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Ja / Nein

Schilddrüsenerkrankung:

Osteoporose:

Haben Sie **einen orthopädischen Gelenkersatz**?

wenn ja, welchen und seit wann: _____

Sonstige Erkrankungen:

wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie z.Z. Medikamente ein?

wenn ja, welche: _____

(Bitte fügen Sie einen aktuellen Medikamentenplan hinzu!)

Besteht eine Schwangerschaft?

wenn ja, ____ (Woche)

ungewiss

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? ____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Allgemeinarzt: _____

Hauszahnarzt: _____ **wo:** _____

Patienteninformation:

Der Patient verpflichtet sich mit seiner Unterschrift für die **Richtigkeit aller Angaben** auf diesem Gesundheitsfragebogen. Für Folgen aus nicht angegebenen und/ oder vergessenen Angaben kann die Praxis Konopik & Kollegen – Zahnärzte im Frankenwald nicht zur Verantwortung gezogen werden.

Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d.h. möglichst 48 Std. vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage dürfen Ausfallzeiten nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet werden.

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)