



Gesundheitsfragebogen

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre Zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Anschrift: _____ _____ Tel. privat: _____ gesch.: _____ Krankenkasse: _____	Versicherter Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Anschrift: _____ _____
--	--

Hausarzt: _____	Tel: _____
Liegen oder lagen Erkrankungen vor an,	
A) Herz	Ja Nein Wenn ja Welche: _____
B) Blutdruck	Ja Nein _____
C) Blutgerinnungsstörung	Ja Nein _____
D) Lunge	Ja Nein Wenn ja Welche: _____
E) Niere	Ja Nein Wenn ja Welche: _____
F) Diabetes	Ja Nein _____
G) Schilddrüse	Ja Nein _____
Leiden oder litten sie an	
HIV bzw. AIDS	Ja Nein _____
Osteoporose	Ja Nein _____
Allergien	Ja Nein Wenn ja Welche: _____
Sind sie Schwanger	Ja Nein _____
Nehmen Sie Medikamente	Ja Nein Wenn ja Welche: _____

Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden? Ja Nein
Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Bitte Teilen sie uns jede Änderung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit!!
Bitte sagen sie bestehende Termine mindestens 24 stunden im Voraus ab!

Düsseldorf, den _____ Unterschrift _____