

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Von www.zahnarzt-middelmann.de

Zahnarztpraxis Dr. med. dent. H. Middelmann

Maxfeldhof 6 85716 Unterschleißheim

Telefon 089 / 310 79 79 Fax 089 / 321 10 38

Folgende Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Patient:	
Name _____	Vorname _____
Strasse _____	Ort _____
Geburtsdatum _____	Telefon (Mobil) _____
Hausarzt _____	

Mitversichert bei:	
Name _____	Vorname _____
Strasse _____	Ort _____
Geburtsdatum _____	Arbeitgeber / Beruf _____
Empfohlen / Überwiesen von: _____	

Versichertenverhältnis:	
<input type="checkbox"/> Pflichtversichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversichert
<input type="checkbox"/> Freiwillig versichert (über der Einkommensgrenze)	<input type="checkbox"/> Beihilfe _____ %
<input type="checkbox"/> Privat versichert	<input type="checkbox"/> _____ Name Ihrer Versicherung

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Herzkrankungen:

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher
- Zustand nach Herzinfarkt
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente

Kreislaufferkrankungen:

- Zu hoher Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck

Infektionskrankheiten:

- Leberentzündung (Hepatitis A, B oder C)
- Tuberkulose
- HTLV III (Aids)
- Rheumatisches Fieber
- Entzündlicher Rheumatismus

Allergien:

- Ekzeme
- Penicillinüberempfindlichkeit
- Asthma
- Besitzen Sie einen Allergiepass
- Medikamentenüberempfindlichkeit

Augenerkrankungen:

- Erhöhter Augeninnendruck

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckererkrankung (Diabetes)
- Magen-Darmerkrankungen
- Schilddrüsenüberfunktion

Bluterkrankungen:

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

Nervensystemserkrankungen:

- Epilepsie
- Hirnschlag (Apoplexie)

Organerkrankungen:

- Leber
- Nieren
- Kieferhöhle

Kiefergelenk:

- Geräusche, Knacken
- Schmerzen

Zahnfleisch

- Bluten
- Rückgang

Sonstige Erkrankungen

- _____

Rauchen Sie? _____ wieviel: _____ pro/Tag

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Wofür?) _____

(Bei Frauen) Sind Sie schwanger? _____ (_____ . Monat)

Ich bin damit einverstanden, an Untersuchungstermine erinnert zu werden.

Datum

Unterschrift