

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Patient

Datum

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie bei uns sind und hoffen natürlich, dass es Ihnen gut geht. Nichts desto trotz ist es sehr wichtig, in regelmäßigen Abständen nach Ihrem aktuellen Gesundheitszustand zu fragen. Dies ist notwendig um Risiken bei Ihrer zahnärztlichen Behandlung erkennen und Gefahren bestmöglich vermeiden zu können. Wir bitten Sie deshalb den folgenden Fragebogen so genau wie möglich auszufüllen. Sollten dabei Fragen auftreten, sprechen Sie uns bitte noch vor der Behandlung darauf an.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt, wenn möglich mit Adresse!

2. ( bitte hier nichts ausfüllen )

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Falls ja, welche und in welcher Dosis ?

Ja  Nein

Name des Medikaments	Dosis		
	Morgens	Mittags	Abends

4. Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente** ein?  
z. B. Marcumar, Warfarin, ASS, Aspirin, Plavix, Godamed, o.ä.

Ja  Nein

5. Besteht bei Ihnen eine **Allergie**?  
z. B. gegen Pflaster, Medikamente oder Latex

Ja  Nein

Wenn ja welche Allergie liegt vor (Allergiepass?)

6. Sind Sie Diabetiker oder **zuckerkrank**?

Ja  Nein

7. Leiden Sie unter Krankheiten der **Atemwege** z.B. Asthma/ COPD?

Ja  Nein

8. Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der **Nieren**?

Ja  Nein

9. Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der **Leber**? Ja  Nein
10. Besteht bei Ihnen eine erhöhte **Blutungsneigung**  
z. B. nach Verletzungen oder beim Nasenbluten? Ja  Nein
11. Liegt bei Ihnen eine Erkrankung der **Schilddrüse** vor? Ja  Nein
12. Leiden Sie an einer Erkrankung der **Augen**?  
z.B. grauer Star, grüner Star, Macula Degeneration Ja  Nein
13. Liegt bei Ihnen eine Erkrankung der **Nerven** vor?  
z. B. Epilepsie, Parkinson, Alzheimer oder Nervschmerzen Ja  Nein
14. Leiden oder haben Sie unter **psychischen Krankheiten** gelitten?  
z.B. Depression, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen Ja  Nein
15. Leiden Sie an **erhöhtem Blutdruck**? Ja  Nein
16. Leiden Sie an einer **Herzerkrankung**?  
z.B. koronarer Herzkrankheit, Angina pectoris, Herzinfarkt,  
Rhythmusstörung, kranke Herzklappen oder Herzinsuffizienz Ja  Nein   
Wenn ja welche Erkrankung liegt vor (Herzpass)? .....
- 
17. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja  Nein
18. Wurde bei Ihnen eine **Bypass-Operation** durchgeführt? Ja  Nein
19. Besteht bei Ihnen eine **chronische Infektionskrankheit**?  
z. B. Hepatitis, HIV, AIDS, Tuberkulose? Ja  Nein
20. Leiden Sie unter **Osteoporose**? Ja  Nein   
Wenn ja - nehmen Sie **Bisphosphonate** ein ? Ja  Nein
21. Besteht bei Ihnen eine **Tumorerkrankung**? Ja  Nein   
Wenn ja welche? .....
22. Sind Sie **Raucher**? Ja  Nein
24. Haben Sie **künstliche Gelenke**?  
z.B. Knie-/Hüft-Endoprothesen? Ja  Nein

Wir bedanken uns für Ihre Geduld.

Ihre

Dr. Julia Heufelder-Schätzle

Dr. Marcus Heufelder

und Kollegen