



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Hausarzt:	Zahnarzt:
Falls vorhanden:	
Kieferorthopäde:	Hautarzt:
Telefon (privat):	Telefon (dienstlich):
Krankenkasse:	Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Geburtsort:	Beruf:
Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?	Möchten Sie eine Terminerinnerung per SMS erhalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bei Patienten unter 18 Jahren oder Familienmitgliedern bitte den Hauptversicherten angeben:	
Name:	Geburtsdatum:
Anschrift (falls abweichend):	

	nein	ja	
Medikamente, bitte angeben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bisphosphonate/Alendronsäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blutverdünner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie schon einmal eine örtliche Betäubung bei Ihrem Zahnarzt bekommen?			<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gab es dabei Komplikationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an einer Erkrankung?	nein	ja	Welche?
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes/Stoffwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV-positiv/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum: _____

Unterschrift: _____

(Patient/Erziehungsberechtigter)