



# Gesundheitsfragebogen

Liebe(r) Patient(in),

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahngesundheitlichen Wünsche und Bedürfnisse unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine schonende und risikofreie Behandlung. **Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.**

Name: \_\_\_\_\_

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz

- ( ja ) ( nein ) Zustand nach Infarkt? Jahr? .....
- ( ja ) ( nein ) Rythmusstörungen
- ( ja ) ( nein ) Herzklappenersatz
- ( ja ) ( nein ) Schrittmacher
- ( ja ) ( nein ) Atemnot bei Anstrengung

### Kreislauf

- ( ja ) ( nein ) Blutdruck? hoch ( ), niedrig ( )
- ( ja ) ( nein ) Angina pectoris
- ( ja ) ( nein ) Schlaganfall Jahr.....
- ( ja ) ( nein ) Krampfadern/Thrombose

### Augen

- ( ja ) ( nein ) Grauer Star
- ( ja ) ( nein ) Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

- ( ja ) ( nein ) Asthma bronchiale/allergisch
- ( ja ) ( nein ) Bronchitis, COPD

### Magen-Darm-Trakt

- ( ja ) ( nein ) Magenerkrankung z.B. Reflux
- ( ja ) ( nein ) Darmerkrankung

### Blase-Nieren

- ( ja ) ( nein ) Nierenerkrankung (Entzündung, Insuffizienz?)

### Leber

- ( ja ) ( nein ) Gelbsucht
- ( ja ) ( nein ) Hepatitis, ( A ) ( B ) ( C )

### Bewegungsapparat

- ( ja ) ( nein ) Rheuma
- ( ja ) ( nein ) Knochenerkrankung (Osteoporose)
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie eine Gelenkprothese ? Wenn ja, seit wann ?



