

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN
BITTE LESERLICH IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Nachstehend erhobenen Daten unterliegen der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon/Handy:

Dienstgeber:

Leiden Sie unter Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel)?

ja[] / nein[]

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

ja[] / nein[]

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

ja[] / nein[]

Wenn ja, welche?

Bitte jede Medikamentenänderung bekanntgeben

Sind Sie derzeit schwanger?

ja[] / nein[]

Stillen Sie?

ja[] / nein[]

Ich will zum Kontrolltermin per SMS eingeladen werden

ja[] / nein[]

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an, unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten!

☐ Osteoporose (Knochenentkalkung)

☐ Rheuma

☐ Blutkrankheit, erhöhte Blutungsneigung

☐ Bluthochdruck

☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)

☐ Epilepsie

☐ Asthma

☐ Herzerkrankungen

☐ Herzklappenersatz

☐ Herzschrittmacher

☐ Hepatitis (Gelbsucht) oder andere ansteckende Erkrankungen (Tuberkulose, HIV)

☐ Nierenleiden

Bei den nächsten Punkten handelt es sich um Mehrleistungen, die privat zu bezahlen sind und von Ihrer Krankenkasse teilweise rückerstattet werden

☐ Füllungen im Seitzahnbereich sind bis auf weiteres privat zu bezahlen.

☐ Ich möchte eine professionelle Zahnreinigung

☐ Ich wünsche eine örtliche Betäubung zur schmerzlosen Füllungstherapie (nehme zur Kenntnis, dass eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit eintreten kann)

Wir sind bemüht, dass Sie zeitgerecht behandelt werden und stellen deshalb für nicht abgesagte Terminvereinbarungen Euro 60,-/15min in Rechnung

Datum

Patienten Unterschrift Vor-/Zuname