

NAME VORNAME

GEBURTSTAG

NAME UND ADRESSE IHRES HAUSARZTES

.....

Gesundheitsfragebogen

JA NEIN

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Wenn ja, weshalb?

Nehmen Sie folgende Medikamente regelmäßig ein ? JA NEIN

Aspirin (ASS) JA NEIN

Markumar JA NEIN

andere Blutverdünner JA NEIN

Wenn ja, welche?

Medikamente gegen Herzrhythmusstörungen JA NEIN

Antidepressiva JA NEIN

Medikamente gegen Epilepsie JA NEIN

Medikamente gegen Parkinson JA NEIN

Medikamente gegen Asthma JA NEIN

Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen ? JA NEIN

Penicillinallergie JA NEIN

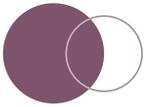
Allergien JA NEIN

Wenn ja, welche? (z.B.Latex)

zu niedriger Blutdruck JA NEIN

zu hoher Blutdruck JA NEIN

Zahnfleischbluten JA NEIN



	JA	NEIN
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiefergelenkschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundtrockenheit, Brennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes Typ 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes Typ 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TBC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angeborener oder erworbener Herzfehler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welcher?		
Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benötigen Sie eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekommen oder bekamen Sie Bisphosphonate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möchten Sie das Erscheinungsbild Ihrer Zähne verbessern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es etwas, das Sie lieber mit dem Behandler persönlich besprechen möchten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben:

MÜNCHEN, DEN UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN

WICHTIGER HINWEIS

Bitte beachten Sie, dass Sie nach einer Behandlung mit Anästhesie in Ihrer Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sind. Sollten sich Veränderungen bei Ihren Gesundheitsfragen ergeben, teilen Sie uns diese bitte mit. Vielen Dank !