

# Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau .....

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.  
Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz

- ( ja ) ( nein ) Zustand nach Infarkt
- ( ja ) ( nein ) Herzinsuffizienz
- ( ja ) ( nein ) Muskelentzündung
- ( ja ) ( nein ) Verengung der Herzkranzgefäße
- ( ja ) ( nein ) Rhythmusstörungen
- ( ja ) ( nein ) Bypassoperation
- ( ja ) ( nein ) Herzklappenersatz
- ( ja ) ( nein ) Schrittmacher

### Kreislauf

- ( ja ) ( nein ) niedriger Blutdruck
- ( ja ) ( nein ) Bluthochdruck
- ( ja ) ( nein ) Angina pectoris
- ( ja ) ( nein ) Durchblutungsstörungen
- ( ja ) ( nein ) Schlaganfall

### Erkrankung des blutbildenden Systems

- ( ja ) ( nein ) Blutarmut
- ( ja ) ( nein ) Bluter

### Augen

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

### Atmungswege/Lunge

- ( ja ) ( nein ) Asthma
- ( ja ) ( nein ) Bronchitis

### Magen-Darm-Trakt

- ( ja ) ( nein ) Magenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Darmerkrankung

### Blase-Nieren

- ( ja ) ( nein ) Blasenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Nierenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Dialyse

### Leber

- ( ja ) ( nein ) Gelbsucht
- ( ja ) ( nein ) Hepatitis

