

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis Dr.Richard Düsberg und Dr.Harald Düsberg

Gesundheitsfragebogen (2 Seiten)

Liebe Patientin, lieber Patient, dieser Fragebogen ist für uns eine wichtige Information, um Sie optimal behandeln zu können. Er verbleibt bei den Akten. Bitte beantworten Sie nachstehend aufgeführte Fragen in Ihrem Interesse genau:

Name: _____

Straße/Ort _____

empfohlen durch: _____

Telefon (Mobil+ Festnetz): _____

E-Mail: _____

Leiden oder litten Sie an folgende Erkrankungen?

Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie) Nein Ja

wenn ja, wo?: _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz/Kreislauf

Herzinfarkt	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Herzinsuffizienz	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Rythmusstörungen	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Bypassoperation	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Herzklappenersatz	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Schrittmacher	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Endokarditis	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
niedriger Blutdruck	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
hoher Blutdruck	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Schlaganfall	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörung	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>

Augen

Grauer Star	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Grüner Star	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>

Atmungswege/Lunge

Asthma	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Bronchitis	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Haben Sie Probleme im Schlaf? (Knirschen, Pressen, Schnarchen oder Atemaussetzer)	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>

Leber

HIV	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Hepatitis	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>

Bewegungsapparat

Rheuma	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
rheumatoide Arthritis	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Gicht	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Osteoporose	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit/Diabetes	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Schilddrüsenüberfunktion	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>
Schilddrüsenunterfunktion	Nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>

Wie heißt Ihr behandelnder Hausarzt?

Arzt:

Ort

Telefon:

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Besteht eine Schwangerschaft? Nein Ja

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche? _____ Nein Ja

Besitzen Sie künstliche Prothesen (Hüfte, Knie...)?
Wenn ja, welche und seit wann? _____ Nein Ja

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche und wofür? _____
_____ Nein Ja

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche? _____ Nein Ja

Besitzen Sie einen Allergiepass? Nein Ja

Besitzen Sie einen Herzpass? Nein Ja

Haben Sie eine Pflegestufe, wenn ja welche? Nein Ja

Nehmen Sie an einer beruflichen Wiedereingliederung teil? Nein Ja

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?
Wenn ja, haben Sie Interesse an einer Lachgassedierung? Nein Ja
Nein Ja

Leiden Sie unter Depressionen oder anderen psychischen Erkrankungen?
Wenn ja, welche? _____ Nein Ja

Sind Sie Raucher? Nein Ja

Weitere administrativ wichtige Informationen:

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? Nein Ja

Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährliche Kontrolle
erinnert werden? Nein Ja

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Nein Ja

Im Rahmen der zahnärztlichen Therapie ist zum Erreichen einer Schmerzfreiheit häufig eine sogenannte Leitungsanästhesie erforderlich. Bei dieser Technik kann eine Verletzung des Nerven als sehr seltene Komplikation zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Taubheit der entsprechenden Lippen- und Zungenhälfte kommen. Alternativ steht eine intraligamentäre Anästhesietechnik nur am Zahn selbst zur Auswahl, die allerdings eine kürzere Wirkdauer aufweist und damit häufiger wiederholt werden muss. Wenn Sie diese Art der Anästhesie wünschen, sprechen Sie uns bitte vor Beginn der Behandlung darauf an.

Bei Verhinderung zum vereinbarten Termin bitte 24 Stunden vorher absagen. Da wir ein Bestellsystem führen, werden Ihnen durch versäumte Termine entstandene Kosten in Rechnung gestellt. Der Absagegrund ist dabei unerheblich.

Datum

Unterschrift