

# Gesundheitsfragebogen der Familien-Zahnarztpraxis Isabel Bodenstein

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

<b>Patient:</b> Name, Vorname:		Geb. Datum		
		Geb. Ort		
<b>Versicherte(r)</b>  Name, Vorname		Geb. Datum		
		Geb. Ort		
Anschrift:		Telefon:		
PLZ / Ort:		Mobil:		
E-Mail:				
Arbeitgeber:		Telefon geschäftlich		
Name der Krankenkasse:		Beihilfeberechtigung?	Ja	Nein
Private Zusatzversicherung:	wenn ja, Name:			
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?			Ja	Nein
<b>Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?</b>				
1.	Herzkrankheiten		Ja	Nein
2.	Bluthochdruck		Ja	Nein
3.	Kreislaufbeschwerden		Ja	Nein
4.	Asthma oder Atembeschwerden		Ja	Nein
5.	Blutgerinnungsstörungen		Ja	Nein
6.	Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis A, B, C)		Ja	Nein
7.	Magen- Darmerkrankungen		Ja	Nein
8.	Zuckerkrankheit (Diabetes)		Ja	Nein
9.	Anfallsleiden (Epilepsie)		Ja	Nein
10.	Imunschwäche (z. B. HIV, AIDS, Tuberkulose)		Ja	Nein
11.	Schilddrüsenerkrankung: Überfunktion / Unterfunktion		Ja	Nein
12.	Nierenerkrankungen (Dialyse)		Ja	Nein
13.	Tumorerkrankungen		Ja	Nein
14.	Osteoporose		Ja	Nein
15.	Rheuma		Ja	Nein
<b>Sonstige Fragen:</b>				
16.	Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?			
17.	Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente allergisch?		Ja	Nein
	Wenn ja, auf welche?			
18.	Sind Sie schwanger?		Ja	Nein
	Wenn ja, bitte Stichtag angeben?			
19.	Sind Sie Raucher?		Ja	Nein
20.	Besitzen Sie einen Röntgenpass?		Ja	Nein
21.	Besitzen Sie ein Bonusheft?		Ja	Nein
22.	Möchten Sie an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine per E-Mail erinnert werden?		Ja	Nein
Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.				
<b>Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben</b>				
<b>Unterschrift:</b>		<b>Datum</b>		