



Gesundheitsfragebogen

Nachname E-Mail-Adresse

Vorname Anschrift

Telefon/Handy.....

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

- Herz Wenn ja, welche?
- Kreislauf Wenn ja, welche?
- Blase-Nieren-Leber Wenn ja, welche?

Augen

Grauer Star

Atmungswege / Lunge

Grüner Star

Asthma

Bronchitis

Zentrales Nervensystem

epileptische Anfälle

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

HIV bzw. AIDS, Tuberkulose

Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Zuckererkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Suchterkrankung (Drogen/Alkohol)

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Wenn ja, gegen welche Stoffe / Medikamente sind Sie allergisch?

.....

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Sind Sie z. Zt. schwanger?

Weitere administrativ wichtige Informationen:

Möchten Sie von uns an Ihre jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

per E-Mail

per Post

per SMS

Haben Sie einen Röntgenpass?

ja

nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet

Empfehlung

Sonstiges

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift