



### GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Vor- und Zuname: ..... Geb.Datum: .....

Adresse: ..... Kr.Kasse: .....

Telefon privat: ..... Vers.Nr: .....

Telefon dienstlich: ..... Beruf: .....

Mobil: .....

Hauptversicherter: ..... Zusatz Vers: .....

**Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.**

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrungsmittel)? Ja  / Nein  Welche? .....

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an, unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten! Falls ja, bitten wir um weitere Angaben.

Arthrose (Gelenkserkrankungen) Ja  / Nein  .....

Hämophilie (Bluterkrankheit) Ja  / Nein  .....

Bluthochdruck (Hypertonie) Ja  / Nein  .....

Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja  / Nein  .....

Epilepsie, Krampfleiden Ja  / Nein  .....

Geschlechtskrankheiten Ja  / Nein  .....

Tuberkulose (Schwindsucht) Ja  / Nein  .....

Glaukom (grüner Star) Ja  / Nein  .....

Herzkrankungen Ja  / Nein  .....

    Herzinfarkt Ja  / Nein  .....

    Herzschrittmacher Ja  / Nein  .....

HIV+ (AIDS) Ja  / Nein  .....

Infektiöse Hepatitis (Gelbsucht, Lebererkrankung) Ja  / Nein  .....

Nierenleiden Ja  / Nein  .....

Infektiöse Erkrankungen Ja  / Nein  .....

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** Ja  / Nein  .....

**Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?** Ja  / Nein  .....

Für weibliche Patienten:  
Sind Sie derzeit schwanger? Ja  / Nein  .....

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja  / Nein  .....

Haben oder hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja  / Nein  .....

Wünschen Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung bzw. Prophylaxesitzung? Ja  / Nein

Wünschen Sie vor der Behandlung eine lokale Anästhesie (Betäubung) zur schmerzfreien Behandlung? Ja  / Nein

Wollen Sie rechtzeitig zum nächsten Kontrolltermin eingeladen werden? Ja  / Nein

**Schnarchen Sie?** Ja  / Nein

Hat Ihr Schnarchen eine andere Person beim Schlafen gestört? Ja  / Nein

Sie kommen durch Empfehlung von? .....

Wien, am

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Patienten-Unterschrift, Vor-/Zuname