



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

Grüner Star

Atmungswege/Lunge

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 ein 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