



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

NAME, VORNAME DES PATIENTEN

NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN

GEBURTSDATUM

GEBURTSDATUM

STRASSE

STRASSE

PLZ, WOHNORT

PLZ, WOHNORT

TELEFON / FAX

TELEFON / FAX

EMAIL

EMAIL

BERUF / ARBEITGEBER

BERUF / ARBEITGEBER

EMPFOHLEN DURCH

KRANKENKASSE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
die von Ihnen erbetenen Informationen helfen uns, Sie optimal zu behandeln. Es ist für uns selbstverständlich, dass wir alle Informationen auch über die ärztliche Schweigepflicht hinaus streng vertraulich behandeln.

ZAHNÄRZTLICHE ANAMNESE

BITTE KREUZEN SIE AN: JA NEIN

Sind Sie z. Zt. in ärztlicher Behandlung? JA NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? JA NEIN

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Stoffe oder Medikamente? JA NEIN

Sind bei Ihnen jemals Zwischenfälle während oder nach einer Zahnbehandlung aufgetreten? JA NEIN

Leiden Sie nach Verletzungen oder Zahnentfernungen zu länger anhaltenden Blutungen? JA NEIN

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z. B. Macomar) ein? JA NEIN

Haben Sie Kiefergelenksprobleme? JA NEIN

Knirschen Sie? JA NEIN

Haben Sie häufiges Zahnfleischbluten? JA NEIN

Haben Sie Amalgamfüllungen? Wenn ja, sind Sie an einer Amalgam-Ausleitung interessiert? JA NEIN

BEGLEITTHERAPIEN

BITTE KREUZEN SIE AN: JA NEIN

Sind Sie an den nachfolgend aufgeführten Behandlungsmethoden interessiert?

Hypnose JA NEIN

Kinesiologie JA NEIN

· zum Austesten zahnärztlicher Materialien JA NEIN

· zum Austesten eines Störfeldgeschehens JA NEIN

Akupunktur JA NEIN

Homöopathie JA NEIN

Für weiterführende Fragen hierzu stehe ich Ihnen gern zur Verfügung.



SPEZIELLE MEDIZINISCHE ANAMNESE

Haben Sie Probleme in einem der nachfolgend aufgeführten Bereiche?

BITTE KREUZEN SIE AN:

| | NEIN | AKUT | STÄNDIG | FRÜHER |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Magen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Atemsystem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Darmtrakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herz-Kreislauf-System | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gelenk-, Rückenbeschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häufige Infektionsanfälligkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Liegt bei Ihnen eine chronische Erkrankung vor?

JA NEIN

Haben Sie eine ansteckende Krankheit?

JA NEIN

Haben Sie einen HIV-Test durchführen lassen?

JA NEIN

Wenn ja, wann?

Mit welchem Ergebnis?

POS. NEG.

Sind Sie schwanger?

JA NEIN

Rauchen Sie?

JA NEIN

VIELEN DANK FÜR DIE BEANTWORTUNG DER FRAGEN,

IHR PRAXISTEAM DR. ELISABETH VON MEZYNSKI