

Gesundheitsfragebogen

Name: Tel.Nr:

Geburtsdatum: e-Mail:

Versich.Nr./ Kasse: PLZ, Adresse:

1. Nehmen Sie täglich **Medikamente** ein? Schmerz- oder Gerinnungshemmende
- Mittel (z.B. Marcumar*, Aspirin*), Beruhigungsmittel, Schlafmittel usw. Ja ☐ Nein ☐

Welche: _____
Falls Sie einen Marcoumar-Ausweis oder eine Medikamentenliste besitzen, bitte vorlegen!

2. **Rauchen** Sie? Wenn Ja, wieviel / Tag? _____ Ja ☐ Nein ☐

3. Sind Sie am **Herz-Kreislauf-System** erkrankt? Ja ☐ Nein ☐
(z.B. hoher Blutdruck, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzfehler)

Oder Haben Sie einen **Herzschritmacher** oder eine **künstliche Herzklappe**? Ja ☐ Nein ☐

4. Sind Sie **Diabetiker** (zuckerkrank)? Typ? Ja ☐ Nein ☐

5. Leiden Sie unter häufigem **Nasenbluten**, **Blutergüssen** auch ohne
Verletzung bzw. nach leichter Berührung, **Gerinnungsstörungen**? Ja ☐ Nein ☐

6. Haben Sie **Allergien** (z.B. Heuschupfen, Asthma) oder **Unverträglichkeiten**? Ja ☐ Nein ☐

Welche? _____
Falls Sie einen Allergienausweis besitzen, bitte vorlegen.

7. Sind **andere Erkrankungen** z.B. Infektionskrankheiten (**HIV, Hepatitis**) bekannt? Ja ☐ Nein ☐

8. Haben Sie **Osteoporose**. Wenn Ja, wie wird sie behandelt: Ja ☐ Nein ☐

9. Haben Sie einmal eine **Strahlenbehandlung** oder **Chemotherapie** gehabt? Ja ☐ Nein ☐

10. Wurde bei Ihnen schon einmal ein **Zahn entfernt**? Ja ☐ Nein ☐

Gab es dabei Komplikationen? Ja ☐ Nein ☐

11. Bekamen Sie schon einmal eine **Spritze zur örtlichen Betäubung**? Ja ☐ Nein ☐

Gab es dabei Komplikationen? Ja ☐ Nein ☐

12. Für Frauen > Könnten Sie **schwanger** sein / Sind Sie schwanger? Ja ☐ Nein ☐

13. Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren? _____

14. Möchten Sie in Zukunft per SMS an Kontrolluntersuchungen bzw. Mundhygiene Sitzungen
erinnert werden Ja ☐ Nein ☐

Wien, _____
Datum

Patient Unterschrift