

Gesundheits-Fragebogen

Dr. med. dent. Lukas Kanzler  Beethovenstrasse 7 · 8002 Zürich

Name: _____	Vorname: _____	Geb. Datum: _____	Empfohlen durch: _____
Adresse: _____	PLZ/Ort: _____	Zivilstand: _____	Hausarzt, behand. Arzt: _____
Beruf: _____	Firma: _____	_____	Name und Adresse: _____
Tel. Privat: _____	Tel. Geschäft: _____	Natel: _____	_____

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen vollständig und korrekt auszufüllen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Allgemeinmedizinische Fragen

	Ja	Nein
Waren Sie in den letzten 5 Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zur Zeit oder in den letzten Wochen irgendwelche Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Blutverdünnung (Antikoagulation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, wie hoch war der letzte Quick? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben oder hatten Sie jemals:

- Bluttransfusionen, Blutkrankheiten, Blutspende-Verbot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Künstliche Herzklappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Herzbeschwerden, Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hohen oder niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Asthma oder andere Lungenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allergien auf Medikamente, Esswaren, Materialien, Pollen, Staub?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tumorbehandlungen mit Medikamenten oder Bestrahlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hormonelle Störungen; Hormontherapie; Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Epilepsie (Krampfanfälle); Multiple Sklerose (MS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tuberkulose oder ähnliches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchen Sie? _____ Was? _____ Wieviel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientinnen: Sind Sie schwanger? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIRUS-HEPATITIS (Gelbsucht) und AIDS

Gehören Sie Ihres Erachtens zu einer Risikogruppe für HEPATITIS / AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen entsprechende Tests durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnmedizinische Fragen

	Ja	Nein
Wann waren Sie das letzte Mal beim Zahnarzt? _____		
Hatten Sie Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Grund der Konsultation:		
- Zahnschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zahnfleischbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sonstiges _____		
Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benützen Sie neben der Bürste und Paste andere Mundhygienemittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? _____ Wie oft? _____		

Hiermit entbinde ich meinen Zahnarzt vom Arztgeheimnis (z.B. bei Rückfragen an Hausarzt oder Spital und inkassorechtlichen Massnahmen).

Datum: _____ Unterschrift: _____