



Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen gewissenhaft, sie dienen Ihrer Sicherheit bei der Behandlung. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten fragen Sie bitte gerne nach.

Ja	Nein	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Werden Sie zurzeit (allgemein)medizinisch behandelt? Wenn ja, weshalb und bei welchem Arzt?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>Frauen:</i> Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft oder könnte eine bestehen? Wenn ja, im wievielten Monat? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stillen Sie?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Hormonpräparate (z.B. die „Antibabypille“)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen:</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Allergien (z.B. Latex, Jod, Chrom, Nickel, Antibiotika - Penicillin). Welche? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Medikamentenunverträglichkeit. Welche? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Anfallsleiden (Epilepsie, Krämpfe)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Schwindel / Ohnmachtsanfälle
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Insulinpflicht?

Ja **Nein**

- | Ja | Nein | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Atemwegserkrankungen. Welche? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Glaukom (grüner Star / erhöhter Augendruck) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Herz-Kreislauf-Erkrankungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Herzinsuffizienz |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Koronare Herzkrankheit / Angina pectoris (Brustenge) / Schmerzen in der Brust bei Anstrengung / Kurzatmigkeit |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Bypass-Operation / Stent |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Herzrhythmusstörungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Herzschrittmacher |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Herzklappenfehler / -ersatz |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Endokarditis |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Hypertonie (erhöhter Blutdruck) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Hypotonie (erniedrigter Blutdruck) / Kreislaufbeschwerden |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Schlaganfall |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Infektionskrankheiten |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Hepatitis (Gelbsucht) A/B/C |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - HIV / AIDS. Wenn ja, seit wann? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Tuberkulose |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | - Geschlechtskrankheiten. Welche? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Lebererkrankungen. Welche? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Magen- / Darmerkrankungen / Geschwüre (Ulcus) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Nierenerkrankungen / chronische Niereninsuffizienz / Dialyse / Nierentransplantation |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Nervenerkrankungen. Welche? _____ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Psychiatrische Erkrankungen / Depression |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | • Osteoporose |

Ja	Nein	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Rheumatoide Arthritis / rheumatische Erkrankung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Schilddrüsenerkrankung / -überfunktion (Hyperthyreose)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Tumorerkrankungen. Welche? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	• Weitere Erkrankungen: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie Medikamente? Bitte vollständig auflisten:
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluten Sie lange bei Verletzungen? (Blutungsneigung, Hämophilie)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, Sintrom, Thrombo ASS)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie jemals größere Operationen? Welche? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel? _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie beim Kauen Beschwerden?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben Sie Schmerzen beim weiten Öffnen des Mundes oder Gähnen?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Knackt oder reibt es im Kiefergelenk?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie unter Verspannungen oder Ziehen im Kopf-, Nacken- oder Halsbereich?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie unter Mundtrockenheit?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie unter Zungen- oder Wangenbrennen?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie jemals eine Stirn- oder Kieferhöhlenentzündung?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hatten Sie jemals Operationen im Kiefer-Gesichtsbereich?

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. einer
erziehungsberechtigten Person