

**Zahnarztpraxis Dr. Christoph Thewes, Dr. Klaus Harms
Gesundheitsfragebogen**

Name(Patient): _____ Vorname: _____ geb.: _____

Geburtsort: _____

Name Versicherte(r): _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____ dienstl.: _____

E-Mail: _____@_____

Krankenkasse gesetzlich: _____ privat: _____

Besteht eine Zahn - Zusatzversicherung? Ja _____ Nein _____ (bitte ankreuzen)

Bei kieferorthopädischer Behandlung / Beratung: Hauszahnarzt: _____

Hausarzt: _____

Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen oder Medikamente? Ja ___ Nein ___

Bluten Sie länger nach Zahnentfernungen? Ja ___ Nein ___

Welche Erkrankungen liegen bei Ihnen vor? (bitte ankreuzen)

Herzerkrankungen Ja ___ Nein ___

Lebererkrankungen Ja ___ Nein ___

Diabetes Ja ___ Nein ___ Typ I ___ Typ II ___

Kreislaufstörungen Ja ___ Nein ___

Allergien Ja ___ Nein ___ gegen: _____

Anfallsleiden (Epilepsie) Ja ___ Nein ___

Atemwegserkrankungen Ja ___ Nein ___ welche? _____

Sonstige Erkrankungen _____

Infektionskrankheiten

Tuberkulose Ja ___ Nein ___

Hepatitis Ja ___ Nein ___

Aids (HIV) Ja ___ Nein ___

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ___ Nein ___

Wenn ja, welche / wogegen? _____

MRSA Nachweis? (Krankenhauskeim) Ja ___ Nein ___ bisher nicht getestet: _____

Bisphosphonat-Therapie? Ja ___ Nein ___

Besteht eine Schwangerschaft? Ja ___ Nein ___ Ich verpflichte mich, vor späteren Röntgenaufnahmen den behandelnden Zahnarzt von einer eventuellen Schwangerschaft zu unterrichten.

Letzte Röntgenaufnahme am: _____ geröntgter Bereich: _____

Mit der Erstellung von Röntgenaufnahmen im Rahmen der kieferorthopädischen Beratung / Behandlung bin ich einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift _____