

## Gesundheitsfragebogen

### Personalien

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Tel. Privat	<input type="text"/>
PLZ / Wohnort	<input type="text"/>	Tel. Arbeit	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Tel. Mobil	<input type="text"/>
Hausarzt	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>		
Gesetzl. Vertreter (bei Kindern)	<input type="text"/>		
Beistand	<input type="text"/>		
Wie haben Sie von uns erfahren? (Empfehlung, Google, local.ch, anderes)	<input type="text"/>		

### Kostenträger

<input type="radio"/> Privat		
<input type="radio"/> Sozialhilfe	Welche?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Ergänzungsleistung	Welche?	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Invalidenversicherung	Welche?	<input type="text"/>

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnmedizinische Behandlung haben. Bitte beantworten Sie darum die nachstehenden Fragen wahrheitsgetreu. Alle Angaben unterstehen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

	ja	nein	Ergänzungen
Besitzen Sie einen medizinischen Ausweis? z.B. Endokarditis-Prophylaxe, Antikoagulation, Herzschrittmacher, Allergiepass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Sind/waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Haben Sie Allergien? z.B. Latex, Penizillin, Ibuprofen, Jod, Chrom, Nickel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Hatten Sie je eine schwere Operation? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Reagieren Sie ungewöhnlich auf Spritzen oder Medikamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Rauchen Sie? Was / wieviel pro Tag / seit wann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Frauen: sind Sie (möglicherweise) schwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Bitte wenden 

# Besteht oder bestand jemals eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein	Ergänzungen
<b>Herz-Kreislauf-Erkrankung</b> z.B. Endokarditis, künstliche Herzklappen, Herzinfarkt, Angina Pectoris, Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Lungenerkrankung</b> z.B. Asthma bronchiale, chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Lebererkrankung</b> z.B. virusbedingte Hepatitis B/C, Leberzirrhose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Nierenerkrankung</b> z.B. Nierentransplantation, dialysepflichtige Niereninsuffizienz, akute Glomerulonephritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Magen-Darm-Erkrankung</b> z.B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Magengeschwüre, Darmgeschwüre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Stoffwechselerkrankung</b> z.B. Diabetes: Typ?, Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Bluterkrankung</b> z.B. erhöhte Blutungsneigung, Blutarmut, Hämophilie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Infektionserkrankung</b> z.B. Herpes simplex, Herpes zoster (Gürtelrose), HIV, Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Rheumatische Erkrankung</b> z.B. Rheumatoide Arthritis/chr. Polyarthritits, Psoriasis, Sjögren-Syndrom, Arthrose, Fibromyalgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b> z.B. Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose, Demenz, Anorexie, Bulimie, Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Tumorerkrankung: welche? Therapie?</b> z.B. Bestrahlung, Chemotherapie, Chirurgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Osteoporose: Therapie</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Glaukom (grüner Star)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Haben Sie eine Gelenkprothese?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Nehmen Sie regelmässige Medikamente ein? Welche? Dosierung?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien und Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner/m Hausärztin/arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen ausgetauscht werden dürfen. Weiter erkläre ich hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir - falls notwendig - eine Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) gegeben wird. Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

**Datum:**

**Unterschrift:**