



# Gesundheitsfragebogen

DR. MED. DENT. FRANK BARGON

Folgende Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

## PATIENT

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Nr: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Vers. Nr. / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tel. / Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

## VERSICHERTENVERHÄLTNIS

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Überweisende Arzt: \_\_\_\_\_  
 Privat

## MITVERSICHERT BEI

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Vers. Nr / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

### Herzkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelm. Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzschrittmacher
- Zustand nach Herzinfarkt
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente

Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt:

wenig  viel  
(bitte angeben)

### Infektionserkrankungen

- Leberentzündung (Hepatitis A, B, C)
- Tuberkulose
- HIV (Aids)
- Rheumatisches Fieber
- Entzündlicher Rheumatismus

### Kreislaufkrankungen

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck

### Allergien

- Ekzeme
- Penicillinüberempfindlichkeit
- Asthma
- Allergiepass vorhanden
- Medikamentenüberempfindlichkeit

### Stoffwechselerkrankungen

- Zuckererkrankung (Diabetes)
- Magen-Darmerkrankungen
- Schilddrüsenüberfunktion

### Bluterkrankungen

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

### Nervensystemerkrankungen

- Epilepsie
- Hirnschlag (Apoplexie)

### Organerkrankungen

- Leber
- Nieren
- Kieferhöhle

### Kiefergelenk

- Geräusche, Knacken
- Schmerzen

### Zähne

- Stellung
- Farbe

### Zahnfleisch

- Bluten
- Rückgang

### Sonstiges

- Rauchen \_\_\_\_ Zig./Tag
- Schwangerschaft
- reg. Medikamenteneinnahme welche: \_\_\_\_\_

Falls es Ihnen nicht möglich ist einen vereinbarten Termin einzuhalten, bitten wir Sie dies mindestens 24 Stunden vorher bekannt zu geben. Bei Versäumnis müssen wir Ihnen aus organisatorischen Gründen die Ausfallszeit berechnen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen. Mir ist bewusst, dass ich Privatpatient bin und die Kosten nur teilweise oder nicht durch die Krankenkasse ersetzt bekomme.

Datum

Unterschrift