

GESUNDHEITSBOGEN



Dr. med dent. G. DÜCHTING
Zahnarzt

Name:

Vorname:

Geb.:

Telefon:

E-Mail:

Viele Menschen sind krank. Das kann auch Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie um das Ausfüllen dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung

Behandelnder (Haus-) Arzt

Sonstiger aktueller Behandler (Internist etc.)

Bitte kreuzen Sie alle aktuellen und/oder überstandenen Krankheiten / Besonderheiten an.

Herz

Herzinfarkt, wann:

Stent/Bypass, wann:

Angina Pectoris, Herzschmerzen

Herzfehler

Herzschwäche

Atemnot bei Anstrengung

Herzmuskelerkrankung

Herzrhythmusstörung

Herzklappen-Entzündung/-Fehler

Herzklappenersatz

Schrittmacher / impl. Defibrillator

Herzoperation, wann:

Gefäße

Schlaganfall, wann:

Thrombose

Embolie

Durchblutungsstörung

Sonstiges:

Kreislauf

hoher Blutdruck / Hypertonie

niedriger Blutdruck / Hypotonie

Ohnmachtsanfälle, Kollaps

Lunge und Atemwege

Lungenentzündung
Asthma bronchiale
allergisches Asthma
Reizhusten
Tuberkulose
chronische Bronchitis, COPD
Schlafapnoe

Allergie / Überempfindlichkeit

Medikamente
Laktose / Fruktose / Milchzucker
Latex
Metalle
Sonstiges:

Allergiepass vorhanden

Niere

Nieren-Entzündung/-Insuffizienz
Dialyse, an welchen Tagen:
Mo. Di. Mi. Do. Fr. Sa. So.

zur Transplantation gemeldet
Sonstiges:

Leber

Gelbsucht (Hepatitis):
A B C

Fettleber
Leberfunktionsstörungen
Sonstiges:

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit Diabetes mellitus
Insulin Medikamente oral Diät
Schilddrüsenüberfunktion
Schilddrüsenunterfunktion
Kropf
Sonstiges:

Blut

Gerinnungsstörung
blaue Flecken, Nasenbluten
Nachblutungen nach Operationen
Blutkrebs, z.B. Leukämie
Blutarmut, Anämie
Sonstiges:

Nerven und Gemüt

Krampfanfälle
Lähmungen
geistige Behinderung
Morbus Parkinson
Depression
Demenz
Angstzustände / Stress
Sonstiges:

Magen / Darm

Geschwür
Sodbrennen, Refluxkrankheit
Mundgeruch
Verdauungsstörungen

Skelettsystem

Gelenkerkrankungen
Rückenschmerzen
Muskelerkrankung
körperliche Behinderung
Rollstuhl / Rolator
Osteoporose
Sonstiges:

Infektion

Grippe, grippaler Infekt
HIV - Infektion
Aphthen
Herpes labiales
Herpes Zoster, Gürtelrose
Covid-19
Sonstiges:

Augen

Sehbehinderung
grauer Star (Katarakt)
grüner Star (Glaukom)
Sonstiges:

andere Erkrankungen / Besonderheiten

Tumorerkrankung
rheumatische Erkrankungen
Transplantationen
Sonstiges:

Rauchen

Durchschnittlich: / Tag

Alkohol / Drogen

gelegentlich
regelmäßig größere Mengen
Welche:

Schwangerschaft

Welche Woche:

blutgerinnungshem-
mende Medikamente

Dauerhaft oder in den letzten Tagen:

- Aspirin®, Ass®
- Plavix®, Brilique®
- Marcumar®, Warfin®, Falithrom®
- Xarelto®, Pradaxa®, Eliqis®

Medikamente

Welche Medikamente:

WICHTIG: Bitte alle Medikamente angeben! Gerne können Sie uns auch Ihren Medikamenten-Plan zur Kopie geben!

Denken Sie auch an:

- homöopathische Medikamente
- „Anti-Baby-Pille“
- Bisphosphor
- Antidepressiva
- Infusionen
- regelmäßige Spritzen

Bitte Zutreffendes ankreuzen:	Datum:	Unterschrift:
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		
<input type="checkbox"/> Keine Änderungen <input type="checkbox"/> Änderungen		

**Teilen Sie uns mit, wenn sich Ihre Angaben verändert haben.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**