

## Ärztliche Fragen zur Krankengeschichte

Name:.....

Vorname:.....

Geb. Datum:.....Krankenkasse.....

Hauptversicherter:.....geb:.....

Anschrift des Patienten:..... PLZ:.....

Beruf des Hauptversicherten:.....Arbeitgeber:.....  
(freiwillige Angabe)

Ihre Tel. **tagsüber**:.....:.....Name des Hausarztes:.....

ggf. Mobilnummer: .....Name des Zahnarztes:.....

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Nein  Ja

Wenn ja, wo?.....

Derzeitige Beschwerden:.....

.....

**Bitte füllen Sie den Fragebogen so genau wie möglich aus, er dient der besseren Krankheitsfindung. Kreuzen Sie das jeweilige Kästchen bitte deutlich an. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht!**

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten:	Nein	Ja
1. Infektionskrankheiten (Tuberkulose, HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wann _____
2. Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nasen-Nebenhöhlenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> letzte _____
4. Schilddrüsenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lungenentzündung oder länger andauernde Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> letzte _____
6. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergische Reaktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wogegen?.....		
9. Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte wenden »»»»»»»»**

**Fortsetzung:**

**Nein**

**Ja**

- 10. Schlaganfall   wann \_\_\_\_\_
- 11. Herzinfarkt   wann \_\_\_\_\_
- 12. andere Herzkrankheiten oder Gefäßleiden
- 13. Gelbsucht, Leberkrankheiten, Hepatitis   wann \_\_\_\_\_
- 14. Epilepsie (Krampfanfälle)   wann \_\_\_\_\_
  
- 15. Diabetes   wenn ja,  
mit  Spritzen  Tabletten oder  Diät
- 16. Krebs   wann \_\_\_\_\_ wo \_\_\_\_\_  
Bestrahlung/Chemo erfolgt

**Allgemeine Fragen:**

**Nein**

**Ja**

- 1. Nehmen Sie Drogen oder haben Sie schon mal  
längere Zeit Drogen genommen?   was \_\_\_\_\_
- 2. Leiden Sie an Depressionen?
- 3. Rauchen Sie?
- 4. Sind Sie schwanger? (Frage entfällt bei Männern)   Woche \_\_\_\_\_

Bestehen andere Krankheiten, wenn ja, welche?.....  
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?.....  
.....  
.....

Wenn Sie nicht zu uns überwiesen wurden, wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?.....

**Hiermit versichere ich die Vollständigkeit meiner Angaben:**

Datum.....Unterschrift.....

Wünschen Sie eine zusätzliche Beratung? Nein  Ja   
(für die Beratung entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten)

Wenn ja, worüber?

- Implantate  Facelift
- Parodontosebehandlung  Botoxbehandlung
- professionelle Zahnreinigung  Leberfleckentfernung (im Kopfbereich)
- Faltenunterspritzung  Warzenentfernung (im Kopfbereich)
- Augenlidkorrektur  Narbenkorrektur (im Kopfbereich)
- Nasenkorrektur  Entfernung von Piercings (im Kopfbereich)