



Prinz-Albrecht-Ring 4 | 30657 Hannover  
Fon 0511 6046676 | Fax 0511 6046675  
www.zahnaerztinnen-bothfeld.de

# Gesundheitsfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon (dienstlich): \_\_\_\_\_

*Bei Patienten unter 18 Jahren oder Familienmitgliedern bitte den Hauptversicherten angeben:*

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend): \_\_\_\_\_

	Nein	JA	Welche?
Medikamente, bitte angeben:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien gegen Medikamente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blutverdünner:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bisphosphonate/Alendronsäure:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Haben Sie schon einmal eine örtliche Betäubung bei zahnärztlichen Behandlungen bekommen?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		
Gab es dabei Komplikationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

## Leiden Sie an Erkrankungen? Wenn ja, bitte erläutern

Herz/Kreislauf:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Blut:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lunge:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Niere:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Leber:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Diabetes/Stoffwechsel:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Nervensystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
HIV-positiv/Hepatitis:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Osteoporose:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Bestehen sonstige Erkrankungen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

	Nein	JA	
Haben Sie einen Hausarzt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Schwangerschaft:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Wurden Sie in den letzten			
6 Monaten operiert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Raucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____

Möchten Sie von uns an die halbjährliche Vorsorge erinnert werden?

telefonisch       postalisch       SMS

#### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlungen an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

#### Allgemeine Informationen

Wir sind eine Bestellpraxis und versuchen, die Wartezeit für sie so gering wie möglich zu gestalten. Wenn Sie einen Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vorher ab. Nicht eingehaltene, nicht abgesagte Termine, sowie sehr kurzfristig/ am selben Tag abgesagte Termin werden in Rechnung gestellt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift