

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN



Zahnarztpraxis

Tanja Derksen
und Kollegen

Vorname	Name	Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnr.	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherung	Beruf		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Basis-/Standardtarif	
Versichert über (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße	Hausnr.	PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon tagsüber	Mobilnummer	E-mail-Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Haben Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelenkerkrankung/Rheuma/Arthrose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma/Lungenerkrankung/TBC	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis C	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alkoholabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	künstliche Gelenke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hatten Sie eine OP? Wenn ja, in welchem Bereich?

Sonstige Erkrankungen

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

Blutverdünner	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Allergien/Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allergiepass	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welcher Woche?	<input type="text"/>

Sonstige Medikamente

Medikamenten-Unverträglichkeiten

Damit wir Sie umfangreich beraten können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Metallgeschmack im Mund	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kopf-/Nacken-/Kiefergelenksprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pilzkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mundgeruch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schulter/Knie-oder Hüftbeschwerden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Müdigkeit/Erschöpfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blähungen/Durchfall/Verstopfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ungleiche Beinlänge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ekzeme/Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>