

## Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau .....,  
für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hiefür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Beruf/ Arbeitgeber:.....(freiwillige Angabe)  
Ihre Telefonnummer, damit wir Sie erreichen können:.....(freiwillige Angabe)

### Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

#### Herz

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rythmusstörungen
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher/Bypassoperation

#### Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

#### Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter

#### Knochenerkrankungen

- Osteoporose

#### Augen

- Grauer Star
- Grüner Star
- Glaukom

#### Atmungswege/Lunge

- Asthma
- Bronchitis

#### Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

#### Blase-Nieren

- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse

#### Leber

- ( ja ) ( nein ) Hepatitis
- Gelbsucht

