



ZAHNARZTPRAXIS  
DR. SONJA MÜNCH  
UND KOLLEGEN

## GESUNDHEITSBOGEN

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Gesundheitsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Selbstverständlich unterliegen diese Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Name

Vorname

Geburtsdatum

Was ist die Ursache Ihres Zahnarztbesuches? .....

- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Mundgeruch?  Ja  Nein
- Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen?  Ja  Nein
- Haben Sie Kiefergelenksprobleme wie z.B. Knacken, Schmerzen?  Ja  Nein

### Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

- Heuschnupfen?  Ja  Nein
- Asthma, Atemnot?  Ja  Nein
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen?  Ja  Nein
- Gelbsucht, Hepatitis, Lebererkrankungen?  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein
- Rheuma?  Ja  Nein
- Tuberkulose?  Ja  Nein
- Hoher oder niedriger Blutdruck?  Ja  Nein
- Blutgerinnungsstörungen?  Ja  Nein
- Haben Sie eine Allergie?  Ja  Nein Welche? .....
- Bestehen andere Erkrankungen?  Ja  Nein Welche? .....
- Wurde bei Ihnen ein Aids-Test gemacht?  Ja  Nein Wann? .....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Ja  Nein Welche? .....
- Hatten sie Bisphosphonatinfusionen (Krebsbehandlung)?  Ja  Nein
- Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft bzw. stillen Sie?  Ja  Nein In welcher Woche? .....
- Sind Sie in naturheilkundlicher/homöopathischer Behandlung?  Ja  Nein
- Sind Sie Raucher?  Ja  Nein Zigaretten/Tag? .....

Beim Einspritzen kann es zu reversiblen und irreversiblen Schäden des Nervus Lingualis kommen. Medikamente, auch Betäubungsspritzen, können Ihr Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigen. Teilen Sie uns bitte mit, falls sich Ihr Gesundheitszustand geändert hat.

Datum, Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben!