



Gesundheitsbogen

Alle Angaben sind streng vertraulich und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

	ja	nein
1. Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Herzerkrankungen (Herzklappe, Infarkt, Herzschrittmacher)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kreislauferkrankungen (Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erkrankungen der Atemwege (Asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Andere Infektionskrankheiten (HIV)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nierenerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Magen-Darm-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tumorerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sind Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche.....		
14. Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Anfallsleiden (Epilepsie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Psychosomatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bestehen andere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wenn ja, welche.....		
19. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche.....		
20. Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Wünschen Sie eine Lokalanästhesie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DR. SCHLOTTHAUER
ZAHNARZTPRAXIS

ja nein

23. Wer ist ihr Hausarzt?

24. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

25. Ihre Telefonnummer:

26. Ihre E-Mail-Adresse:

27. Leiden Sie unter Schnarchen oder Atemaussetzer im Schlaf?

28. Ist es interessant für Sie, etwas über unsere Lachgas-Behandlung
zu erfahren?

29. Sind Sie an einem strahlend weißen Lächeln interessiert?

30. Möchten Sie in Zukunft an Ihre jährliche Kontrolluntersuchung
erinnert werden?

31. Sind Sie daran interessiert, verloren gegangene Zähne mit Hilfe
von künstlichen Zahnwurzeln (Implantaten) zu ersetzen?

Fritzlar, den Unterschrift.....

