



Gesundheitsfragebogen

Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

_____ Beihilfeberechtigt ja nein
Versicherung Zusatzversicherung ja nein Beruf _____
Standardtarifvertrag ja nein

Versichert über _____ Name _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon tagsüber _____ Email-Adresse _____ Mobilnummer _____

Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

| | | | |
|-----------------------|---|---------------------------|---|
| Hoher Blutdruck | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Blutgerinnungsstörungen | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Niedriger Blutdruck | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Diabetes | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Herzfehler | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankung | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Herzklappenersatz | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Lebererkrankung/Hepatitis | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Immunschwäche (HIV) | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Herzrhythmusstörungen | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Asthma/Lungenerkrankung | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Herzinfarkt | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Nervenerkrankung | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Endokarditis | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Magen-Darm-Erkrankung | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |
| Osteoporose | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Allergie: _____ | |

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

Marcumar ja nein **Bisphosphonate** ja nein

Nehmen Sie andere **Medikamente** ein? _____

Medikamenten-Unverträglichkeiten: _____

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele täglich? _____

Sind Sie Schwanger? ja nein Wenn ja, in welcher Woche? _____

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Zähnen in Bezug auf: (Schulnoten)

Zahnfarbe 1 2 3 4 5 6 evtl. vorhandene Lücken 1 2 3 4 5 6

Zahnstellung 1 2 3 4 5 6 Kiefergelenksbeschwerden 1 2 3 4 5 6

frischer Atem 1 2 3 4 5 6 Sonstiges: _____

Was haben Sie bisher bei Ihrem Zahnarztbesuch am meisten vermisst? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet Zeitschrift Persönlich: _____

Ort, Datum Unterschrift