



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name  Vorname  Geburtsdatum

Straße  PLZ / Wohnort

Telefon privat  Telefon mobil  E-Mail

Beruf / Arbeitgeber  Telefon Arbeit

Bei Kindern: Name des Erziehungsberechtigten

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Er ist im Interesse einer komplikationslosen Behandlung vollständig auszufüllen. Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte in einem persönlichen Gespräch mit dem Zahnarzt vor der Behandlung.

	ja	nein
Sind Sie momentan in allgemeinärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:		
Herz (Infarkt, Herzmuskelentzündung, Schrittmacher)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Kreislauf (Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen / Schlaganfall)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Atmungswege / Lunge (Asthma / Bronchitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Magen- Darmtrakt, Niere und Blase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Leber (Gelbsucht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche Erkrankung:		

Bitte wenden!  
→

Zahnarzt Andrej Früh +

Dorfchärn 1 | 6247 Schötz  
Tel. 041 980 20 10  
praxis@z-a-f.ch | www.z-a-f.ch

	ja	nein
Zentralnervensystem (Epileptische Anfälle)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Stoffwechsel (Zuckerkrankheit / Gicht)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Schilddrüse (Über- bzw. Unterfunktion)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Erkrankung des blutbildenden Systems (Blutarmut / Bluter)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Tuberkulose	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Hepatitis A <input checked="" type="radio"/> Hepatitis B <input checked="" type="radio"/> Hepatitis C <input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>
HIV (AIDS)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wenn ja, welche:		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wenn ja, welche:		
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wenn ja, welche:		
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Wenn ja, welche:		
Sind Sie schwanger?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Rauchen Sie?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluss von Injektionen sowie Medikamenten, die mir vor, während oder nach der Behandlung verabreicht werden, unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.  
Weiterhin werde ich darauf hingewiesen, dass ich jede Änderung meines Gesundheitszustandes zu Beginn weiterer Sitzungen unaufgefordert anzugeben habe.

Bei Verhinderung bitten wir Sie, den Termin spätestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden nach den gültigen Behandlungsentgelten der SSO in Rechnung gestellt.  
Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Datum, Unterschrift

**Zahnarzt Andrej Früh +**

Dorfchärn 1 | 6247 Schötz  
Tel. 041 980 20 10  
praxis@z-a-f.ch | www.z-a-f.ch