ZAHN
HEIL
KUNDE
FRÜH
+
Schötz

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?	○	○
Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:		
Herz (Infarkt, Herzmuskelentzündung, Schrittmacher)	○	○
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Kreislauf (Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen / Schlaganfall)	○	○
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Atmungswege / Lunge (Asthma / Bronchitis)	○	○
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Magen- Darmtrakt, Niere und Blase	○	○
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Leber (Gelbsucht)	○	○
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)	○	○
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Stoffwechsel (Zuckerkrankheit / Gicht)	○	○
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Schilddrüse (Über- bzw. Unterfunktion)	○	○
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Erkrankung des blutbildenden Systems (Blutarmut / Bluter)	○	○
Wenn ja, welche Erkrankung:		
Tuberkulose	○	○
Hepatitis A ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C ○		○
HIV (AIDS)	○	○
Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden?	○	○
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?	○	○
Wenn ja, welche:		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	○	○
Wenn ja, welche:		
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?	○	○
Wenn ja, welche:		
Besitzen Sie einen Allergiepass?	○	○
Treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?	○	○
Wenn ja, welche:		
Sind Sie schwanger?	○	○
Rauchen Sie?	○	○

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