

# “Der Gesundheitsbogen”

Gemeinschaftspraxis

Dr. H.-H. Liepe - Dr. S. Liepe

Zahnärzte

Mendelssohnstr. 10 - 30173 Hannover



Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie im Interesse einer komplikationslosen Behandlung folgende Fragen möglichst vollständig:**

ja	nein	unbek.
----	------	--------

1. Waren Sie vor kurzem oder stehen Sie zur Zeit noch in ärztlicher Behandlung ? 

--	--	--

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? 

--	--	--

  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

3. Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten) ? 

--	--	--

  
Haben Sie Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinallergie, Hautausschläge ? 

--	--	--

  
Besitzen Sie einen Allergiepaß ? 

--	--	--

4. Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf (z.B. infolge von Gerinnungsstörungen) ? 

--	--	--

5. Leiden oder litten Sie an den nachstehend aufgeführten Krankheiten ?

Herzerkrankung (Klappenersatz, Infarkt, Angina pectoris, Endokarditis) <table border="1"><tr><td>ja</td><td>nein</td><td>unbek.</td></tr></table> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	ja	nein	unbek.				Infektionserkrankungen (Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV, Lues) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
ja	nein	unbek.								

Hoher / Niedriger Blutdruck <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Nervenerkrankung <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

Zuckerkrankheit (Diabetes) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Krampfleiden (Epilepsie) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

Schlaganfall <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Grüner Star (Glaukom) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

Atemwegs- / Lungenerkrankungen <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Asthma <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

Nierenerkrankungen <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Rheuma <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Schilddrüsenüberfunktion <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

Magen-Darm-Erkrankung <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

6. Leiden Sie an einer Krankheit, die nicht aufgeführt ist ? 

--	--	--

  
Wenn ja, an welcher ? \_\_\_\_\_

7. Haben Sie einen Herzschrittmacher ? 

--	--	--

8. Für weibliche Patienten: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ? 

--	--	--

9. Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt ? (Röntgennachweisheft ?) \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_