



Zahnärzte
Dr. Carsten Massat
Marcus Jäger M.Sc.
Dr. Katrin Lücke

Hermann-Löns-Str. 10
44623 Herne
Tel: 0 23 23 - 5 22 55
Fax: 0 23 23 - 91 03 69
info@massat-jaeger.de

Gesundheitsfragebogen

Patient: _____ Geb. Datum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon (privat): _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____ Tel.-Nummer: _____

Beruf: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter? (Familienmitglied)

Name: _____ Geb. Datum: _____

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung.
Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen? Bitte zutreffendes unterstreichen!

ja nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herz (Zustand nach Infarkt, Herzinsuffizienz, Muskelentzündung, Verengung der Herzkranzgefäße, Rythmusstörungen, Bypassoperation, Herzklappenersatz, Schrittmacher, Stent) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie einen Herz- oder Blutungsneigungspass? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kreislauf (niedriger Blutdruck, Bluthochdruck, Angina pectoris, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkrankung des blutbildenden Systems (Blutarmut, Bluter) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augen (Grauer Star, Grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atmungswege/ Lunge (Asthma, Bronchitis, COPD) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Trakt (Magenerkrankung, Darmerkrankung) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blasen-Nieren (Blasenerkrankung, Nierenerkrankung, Dialyse) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Leber (Gelbsucht, Hepatitis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bewegungsapparat (Rheuma, MTX, Arthrose, Gicht) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zentrales Nervensystem (epileptische Anfälle) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenüber-/ unterfunktion |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes (HbA1c-Wert: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporose (Bisphosphonate) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV bzw. AIDS, Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Röteln, Mumps, Masern, Scharlach |

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Wer ist der behandelnde Arzt? _____ Tel.-Nummer: _____