



Dr. med. dent. Adili

Karl-Höll-Straße 12d
6923 Lauterach

Gesundheitsfragebogen

T +43(0)557423910

Folgende Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

PATIENT

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Vers. Nr./Geburtsdatum: _____ Tel./Mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

VERSICHERUNG

Name der Krankenkasse: _____ Privat: _____

MITVERSICHERT BEI

Familienname: _____ Vorname: _____

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

Herzerkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelm. Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzschrittmacher
- Zustand nach Herzinfarkt
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente

Infektionskrankheiten

- Leberentzündung (Hepatitis A, B, C)
- Tuberkulose
- HIV (Aids)

Nervensystemerkrankungen

- Epilepsie
- Hirnschlag (Apoplexie)

Kreislaufferkrankungen

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck

Allergien

- Ekzeme
- Penicillinüberempfindlichkeit
- Asthma
- Allergiepass vorhanden
- Medikamentenüberempfindlichkeit

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckererkrankung (Diabetes)
- Magen Darmerkrankungen
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

Organerkrankungen

- Leber
- Nieren

Kiefergelenk

- Geräusche
- Schmerzen

Zahnfleisch

- Bluten
- Rückgang
- Mundgeruch (Halitosis)

Sonstiges

- Rauchen
- Schwangerschaft
- reg. Medikamenteneinnahme, **welche:** _____

EINVERSTÄNDNIS

- Ich willige ein, dass meine sensiblen und sonstigen persönlichen Daten (Art. 9 DSGVO) zu den oben angeführten und für meine zahnärztliche Behandlung notwendigen Zwecken weiterverarbeitet und wenn nötig an Auftragsverarbeiter oder andere Verantwortliche (Ärzte, Krankenkassen) weitergeleitet werden. JA NEIN
- Ich stimme zu, per Email kontaktiert zu werden. JA NEIN

Falls es Ihnen nicht möglich ist einen vereinbarten Termin einzuhalten, bitten wir Sie dies **mindestens 24 Stunden vorher** bekannt zu geben. Bei Versäumnis müssen wir Ihnen aus organisatorischen Gründen die Ausfallszeit berechnen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen.

Datum

Unterschrift