



Dr. med. dent. Adili

Karl-Höll-Straße 12d

6923 Lauterach

Gesundheitsfragebogen

Bitte ausfüllen und per Email an ordination@dradili.at senden.

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

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)

Knochenerkrankungen:

Osteoporose
Bisphosphonate

Kreislaufkrankungen:

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. Medikamenten-Einnahme: welche?

In der Praxis auszufüllen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben angeführten Gesundheitsfragen.

Datum _____

Unterschrift _____