



Gesundheitsfragebogen

Bitte Rückseite beachten!

Datum _____

Vorname

Name

Geburtsdatum und -ort

Straße

PLZ

Ort

Beruf

Versicherung

Beihilfeberechtigt

Ja Nein

Zusatzversicherung

Ja Nein

Basistarif

Ja Nein

Festnetz

Mobil

E-Mail Adresse

Ich bin versichert über: Vorname

Name

Geburtsdatum und -ort

Straße

PLZ

Ort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Googlesuche

Zeitung/Telefonbuch

Außenwerbung

Bewertungsportal

wenn ja, welches? _____

Empfehlung durch: _____

Zahnarztpraxis
Dr. Rolf Simon M.Sc., M.Sc.
& Saskia Simon-Kurzawa

Lichtenrader Damm 49
12305 Berlin

Telefon 030 . 706 22 31
info@zahnarzt-simon-berlin.de
zahnarzt-simon-berlin.de

Dr. Rolf Simon M.Sc., M.Sc.
Master of Science Implantologie
Master of Science Parodontologie und Implantattherapie



Haben oder hatten Sie eine der nachfolgenden Erkrankungen?

Hoher Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzfehler	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen/Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Immunschwäche (HIV)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Asthma/Lungenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nervenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Endokarditis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Allergien:	_____	
Tumorerkrankungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			

Medikamenten-Unverträglichkeiten _____

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein?

Blutverdünner (z.B. Marcumar, Eliquis, ASS, etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Bisphosphonate (z.B. Alendronat, Denosumab, etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____			Wenn ja, welche? _____		

Sonstige: _____

Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenbilder im Kopf-/ Halsbereich angefertigt?

Ja Nein Wenn ja, in welcher Kopf-/ Halsregion? _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele täglich? täglich
Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, in welcher Woche? Woche

Wie möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden?

Telefon SMS E-Mail Brief

Unterschrift Patient