

GESUNDHEITSFragen



Zur sicheren Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Gesundheit. Bitte lesen Sie alle Fragen aufmerksam und beantworten sie. Unsere Mitarbeiterinnen helfen Ihnen gern.

Herz/ Kreislauf ja nein

Herzfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt / Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskelentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
künstliche Herzklappe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lunge und Atemwege ja nein

Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leber ja nein

Leberinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nieren ja nein

Dialysepflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechsel- und Zuckerkrankheit ja nein

Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen <u>über</u> funktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen <u>unter</u> funktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Immunschwäche ja nein

Organtransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Hinweise

Nerven und Gemüt ja nein

Krampfanfälle (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherap. Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blut ja nein

Gerinnungsstörungen ... bei Ihnen selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bei Blutsverwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaue Flecken schon bei leichten Berührungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien ja nein

Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnärztliche Betäubung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latex (z. B. Luftballons)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle (z. B. Nickel, Quecksilber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Allergien		

Knochen/ Skelett ja nein

Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden bzw. werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen welcher Erkrankung?		
In welchem Zeitraum?		
Mit welchem Präparat?		

Schwangerschaft ja nein

Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftswoche?		

Nikotin/ Alkohol ja nein

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel pro Tag?		
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviel pro Tag?		
Sind Sie trockener Alkoholiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gerinnungshemmende Medikamente ja nein

Aspirin®/ASS®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcumar®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Xarelto®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clopidogrel®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige regelmäßige Medikamente ja nein

Blutdruckmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmedikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibabypille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Medikamentenliste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Medikamente		

Röntgen und CT ja nein

Wurden Sie im letzten Jahr im Kopf-Kiefer-Zahnbereich geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in kieferorthopädischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Änderungen meines Gesundheitszustandes teile ich vor der nächsten Behandlung mit.

Datum	Unterschrift
-------	--------------