

Checkliste zum aktuellen Gesundheitszustand

Alle Angaben unterliegen streng der ärztlichen Schweigepflicht. Die Beantwortung der **roten Fragen** ist **unverzichtbar**, die der **grünen Fragen freiwillig** – je mehr wir über Sie wissen, desto besser können Sie behandelt werden.

Name:..... Vorname:..... Alter.....

- Meine Ernährung ist** „normal“ gesund und ausgewogen Diät
Rauchen Nichtraucher 0 - 10 Zigaretten pro Tag über 10 Zigaretten
Alkohol Ich trinke sehr selten / keinen Alkohol Ich trinke manchmal Alkohol Ich trinke häufiger Alkohol

Medikamente Ich nehme folgende Medikamente/Präparate ein
Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel, Pille an

.....
 Ich nehme keine Medikamente

Erkrankungen Ich bin z.Zt. in ärztlicher Behandlung wegen:

Teilen Sie uns bitte Veränderungen Ihrer Gesundheit immer umgehend & ungefragt mit!

Ich leide an folgenden Krankheiten:

- OPs im Kopf-/Halsbereich:
 Allergien gegen:
 Lungen- und Atemwegserkrankungen (Asthma) Lebererkrankungen
 Nierenerkrankungen Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zucker)
 Schilddrüsenerkrankungen Hauterkrankungen
 Augenerkrankungen (z.B. grüner Star) Nervenleiden (z.B. Krampfanfälle)
 Gemütsleiden, Depressionen Erkrankungen des Skelettsystems
 Bluterkrankungen / Gerinnungsstörungen Kreislauf- und Gefäßerkrankungen
 Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis B/C, HIV) Herzerkrankungen

Nur für Frauen: Ich bin schwanger Ich stille gerade Menopause

Einige weitere Fragen

Ich wurde das letzte Mal an den Zähnen geröntgt im Jahre

- Ich bin mit meinen Zähnen sehr zufrieden zufrieden unzufrieden völlig unzufrieden
Ich habe Zahnfleischbluten ja nein manchmal
Ich leide unter Mundgeruch ja nein manchmal
Ich schnarche oft nie manchmal weiß nicht
Ich beobachte Zahnlockerung oder habe schon Zähne durch Parodontose verloren ja nein weiß nicht
Ich knirsche mit den Zähnen oder habe manchmal verspannte Kaumuskel ja nein

Ich wünsche eine spezielle Beratung über Prophylaxe/Zahnerhaltungsprogramm Ernährung
 Füllungsalternativen Kiefergelenksbehandlung Implantate Kinderuntersuchung
 Leistungen bei Schwangerschaft Schönheit meines Lächelns Schnarchtherapie

Ich komme auf Überweisung Empfehlung von:.....

Ich möchte regelmäßig an meine Gesundheitscheck-Termine erinnert werden ja nein

ausgefüllt am:..... von:.....