



Dr. med. dent. Uwe Jäger

Gesundheits-Fragebogen

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Gegen welche Materialien, Medikamente oder Nahrungsmittel besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit oder Allergie? _____

Haben Sie eine Lactose-Unverträglichkeit? ja nein

Haben Sie einen Allergiepass? ja nein

Ist Ihr Blutdruck normal? zu hoch? zu niedrig?

Liegt bei Ihnen eine Herzerkrankung vor? ja nein Welche?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein Tuberkulose? ja nein

Magen-Darmerkrankungen? ja nein Aids/HIV-Infektion? ja nein

Erkrankung der Atemwege? ja nein Nierenerkrankung? ja nein

Asthma? ja nein Schilddrüsenunterfunktion? ja nein

Blutungsneigung (Hämophilie)? ja nein Schilddrüsenüberfunktion? ja nein

künstlicher Bluter? ja nein Schlaganfall? ja nein

Leberentzündung/Gelbsucht/Hepatitis? ja nein Rheuma? ja nein

Ohnmachtsanfälle, Krampfanfälle? ja nein

Epilepsie? ja nein

Sonstige Erkankungen? _____

Frühere Operationen? _____

Wurden Sie in den letzten 2 Jahren geröntgt? ja nein ► In welchem Bereich? _____

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten? ja nein

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Berufliche Tätigkeit/Arbeitgeber: _____

Bemerkungen: _____

Bremerhaven, den _____ Unterschrift: _____