



**Dr. med. dent. Dujakovic**

Karl-Höll-Straße 12d

6923 Lauterach

# Gesundheitsfragebogen

Bitte ausfüllen und per Email an [ordination@drdujakovic.at](mailto:ordination@drdujakovic.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

### Herzkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)  
Unregelm. Herzschlag (Arrhythmien)  
Herzschrittmacher  
Zustand nach Herzinfarkt  
Einnahme gerinnungshemmender  
Medikamente

### Kreislaufkrankungen:

zu hoher Blutdruck  
zu niedriger Blutdruck

### Kiefergelenk:

Geräusche  
Schmerzen

### Infektionskrankheiten:

Leberentzündung  
(Hepatitis A, B, C)  
Tuberkulose  
HIV (Aids)

### Allergien:

Ekzeme  
Penicillinüberempfindlichkeit  
Asthma  
Allergiepass vorhanden  
Medikamentenüberempfindlichkeit

### Zahnfleisch:

Bluten  
Rückgang  
Mundgeruch (Halitosis)

### Nervensystemerkrankungen:

Epilepsie  
Hirnschlag (Apoplexie)

### Stoffwechselerkrankungen:

Zuckererkrankung (Diabetes)  
Magen-Darmerkrankungen  
Schilddrüsenüberfunktion  
Schilddrüsenunterfunktion

### Sonstiges:

Rauchen  
Schwangerschaft  
reg. Medikamenten-Einnahme: welche?

### Knochenkrankungen:

Osteoporose  
Bisphosphonate

### Organerkrankungen:

Leber  
Nieren

**In der Praxis auszufüllen:**

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

Datum

Unterschrift