

FORMULAR

Gesundheitsfragebogen



Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und senden uns das Formular **vor** der 1. Konsultation zu. Alle Angaben unterliegen dem Arztgeheimnis und werden vertraulich behandelt. Wir bitten Sie, in Ihrem eigenen Interesse, uns über allfällige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes zu informieren.

Name, Vorname

Ist Ihr Kind / sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja

Werden irgendwelche Medikamente regelmässig eingenommen?

Nein Ja

Mussten früher regelmässig Medikamente eingenommen werden?

Nein Ja

War jemals ein Spitalaufenthalt oder eine Operation notwendig?

Nein Ja *Grund:* _____

Sind Allergien / Heuschnupfen aufgetreten?

Nein Ja

Trat je eine ungewöhnliche Reaktion gegen Medikamente oder Spritzen auf?

Nein Ja

Wurden die Halsmandeln entfernt?

Nein Ja

Wurden die Rachenmandeln entfernt?

Nein Ja

Für Mädchen: Ist die erste Menstruation bereits eingetreten?

Nein Ja *Wann:* _____

Für Frauen: Sind Sie zum jetzigen Zeitpunkt schwanger?

Nein Ja

Wird ein Blasinstrument gespielt?

Nein Ja *Welches:* _____

Wurde früher einmal eine Zahnkorrektur durchgeführt?

Nein Ja *Wann, vom wem:* _____

Wurden jemals bei einem Unfall Milchzähne oder bleibende Zähne beschädigt?

Nein Ja *Wann:* _____

Stocker – Fachpraxis für Kieferorthopädie

Dr. med. dent. Bruce Stocker
Fachzahnarzt für
Kieferorthopädie | Mitglied SSO

Zuchwilerstrasse 64
4500 Solothurn

Tel +41 32 622 90 44
info@dr-stocker.ch, dr-stocker.ch

FORMULAR

Gesundheitsfragebogen

Wurden eine oder mehrere der nachfolgende Krankheiten durchgemacht?

- | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|
| Herzkrankheiten (Endokarditis) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Rheumatisches Fieber, Arthritis | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Blutstörungen, Blutkrankheiten | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| <i>Grund:</i> _____ | | |
| Hepatitis (Gelbsucht) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Infektionskrankheiten (Tuberkulose, HIV, Aids) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Hautkrankheiten | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Stoffwechselkrankheiten | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Immunkrankheiten, allergische Reaktionen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Asthma | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Leberprobleme | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Magen- / Darmprobleme | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Nierenprobleme | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Sprach- oder Hörprobleme | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| Epilepsieanfälle | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| <i>Angeboren oder durch Unfall:</i> _____ | | |
| Geburtsgebrechen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Ja |
| <i>Welches:</i> _____ | | |



Datum

Unterschrift