



Dr. Eva Lupu  
ZAHNÄRZTIN  
DEIN LÄCHELN - UNSER ZIEL

📍 Kirchengasse 39/10  
1070 Wien  
☎ +43 01 523 44 99

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name: ..... Geb./Vers.Nr: .....  
Adresse: ..... Kr.Kasse: .....  
Telefon : ..... Beruf: .....  
PLZ/Ort: ..... E-mail: .....

Bitte füllen Sie die folgenden Fragen vollständig aus. Dadurch ist es uns möglich, Sie besser betreuen und beraten zu können.

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an, unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten!  
Falls ja, bitten wir um weitere Angaben.

Arthrose (Gelenkserkrankungen)	Ja 0 / Nein 0	Hämophilie (Bluterkrankheit)	Ja 0 / Nein 0
Hypertonie (Bluthochdruck)	Ja 0 / Nein 0	Diabetes (Zuckerkrankheit)	Ja 0 / Nein 0
Epilepsie (Krampfleiden)	Ja 0 / Nein 0	Tuberkulose (Schwindsucht)	Ja 0 / Nein 0
Glaukom (grüner Star)	Ja 0 / Nein 0	Herzerkrankungen	Ja 0 / Nein 0
Herzinfarkt	Ja 0 / Nein 0	Herzschrittmacher	Ja 0 / Nein 0
HIV+ (AIDS)	Ja 0 / Nein 0	Nierenleiden	Ja 0 / Nein 0
Infektiöse Erkrankungen	Ja 0 / Nein 0	Osteoporose	Ja 0 / Nein 0

Leiden Sie unter Allergien oder Unverträglichkeiten?  
(Medikamente, Nahrungsmittel)? Ja 0 / Nein 0.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja 0 / Nein 0.....

Sonstige Erkrankungen oder Operationen? Ja 0 / Nein 0.....

Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen? Ja 0 / Nein 0.....

Haben Sie zur Zeit Schmerzen? Ja 0 / Nein 0.....

Für weibliche Patienten:

Sind Sie derzeit schwanger? Ja 0 / Nein 0 Geburtstermin:.....

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten? Ja 0 / Nein 0.....

Haben oder hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden? Ja 0 / Nein 0.....