

Gesundheitsfragebogen – Erwachsene



Patient:

Name	Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum
------	---------	------------	--------------

Anschrift:

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Kontakt:

Email	Telefon
-------	---------

Krankenkasse: _____

- Sind Sie:
- beihilfefähig
 - zum Basistarif (1,8-fachen Satz GOZ) versichert
 - zusatzversichert
 - von Medikamentenzuzahlung befreit

Versicherter:

(falls abweichend)

Name	Vorname	Geburtsort	Geburtsdatum
------	---------	------------	--------------

Anschrift:

Straße	PLZ	Ort
--------	-----	-----

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese)

Einige Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, im Interesse einer komplikationslosen Behandlung alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen (Zutreffendes bitte ankreuzen).

Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- | | JA | NEIN |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Waren Sie in letzter Zeit oder sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, weshalb? _____ | | |
| Name, Anschrift des Hausarztes: _____ | | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 2. Leiden Sie an Herzerkrankungen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzinfarkt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schlaganfall (Apoplexie) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzklappenfehler, künstliche Herzklappen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sonstiges: _____ | | |
| 3. Ist Ihr Blutdruck: | | |
| normal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| hoch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| niedrig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| medikamentös eingestellt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

-bitte wenden-

Gesundheitsfragebogen – Erwachsene – Seite 2

- | | JA | NEIN |
|--|----|------|
| 4. Haben Sie eine Bluterkrankung? | O | O |
| Blutungsneigung (Hämophilie) | O | O |
| Blutarmut (Anämie) | O | O |
| 5. Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel (z.B. Marcumar, Aspirin, Xarelto, Pradaxa)? | O | O |
| 6. Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten? | | |
| Allergie, Arzneimittelüberempfindlichkeit | O | O |
| Falls ja, worauf? _____ | | |
| Besitzen Sie einen Allergiepass? | O | O |
| Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis, Gelbsucht) | O | O |
| Ansteckende Krankheiten (z.B. Tuberkulose, HIV) | O | O |
| Asthma, Atemwegserkrankungen | O | O |
| Zuckerkrankheit (Diabetes) | O | O |
| Osteoporose (Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonat?) | O | O |
| Rheumatische Erkrankungen | O | O |
| Schilddrüsenerkrankungen | O | O |
| Andere Krankheiten? | O | O |
| Falls ja, welche? _____ | | |
| 7. Sind in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen im Zahnbereich angefertigt worden? | O | O |
| 8. Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? | O | O |
| Zusatzfragen: | | |
| 9. Sind Sie an einem Austausch Ihrer Amalgamfüllungen interessiert? | O | O |
| 10. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang? | O | O |
| 11. Wünschen Sie eine Aufhellung (Bleaching) Ihrer Zähne? | O | O |
| 12. Zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleisches empfehlen wir regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung (Prophylaxe): | | |
| Möchten Sie telefonisch von uns daran erinnert werden? | O | O |
| Wünschen Sie 2 Tage vor Ihrem Prophylaxe-Termin eine SMS Erinnerung? | O | O |
| Möchten Sie an Ihren jährlichen Zahnarztbesuch erinnert werden? | O | O |

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung

Zeitung

Internet

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur DSGVO wurde mir ausgehändigt. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Für Ihre Behandlungen reservieren wir Ihnen individuelle Termine, die Ihnen lange Wartezeiten ersparen. Falls Sie diese nicht einhalten können, bitte wir Sie uns 24 Stunden vorher zu informieren. Den Ausfall für nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen.

Datum

Unterschrift Patient

Name des Patienten in Druckbuchstaben