



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

PATIENT

Patienten-Name: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon Privat: _____
 Telefon Mobil: _____
 Telefon Arbeit: _____
 E-Mail: _____
 Beruf: _____
 Arbeitgeber: _____
 Überweisender Arzt: _____

Hausarzt: _____
 Hauszahnarzt: _____
 Krankenversicherung gesetzlich
 privat Basistarif
 Name der Versicherung: _____
 Beihilfeberechtigt ja nein
 mitversichert bei: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Zahnzusatzversicherung vorhanden ja nein

VERSICHERTER
 VERSICHERTER
 VERSICHERTER

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis. Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach.

ja nein

ja nein

- 1 Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Mittel ein? ja nein
- Marcumar, Plavix, Xarelto, ASS (Acetylsalicylsäure) usw.
 - Bisphosphonate
 - andere _____
-
- 2 Wurde bei Ihnen in der letzten Zeit eine medikamentöse Therapie durchgeführt (Infusionen, Injektionen)? ja nein
- 3 Leiden Sie an Erkrankungen innerer Organe oder Stoffwechselerkrankungen? ja nein
- Leber
 - Niere
 - Magen/Darm
 - Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), Typ _____
 - Schilddrüsenerkrankung
 - andere _____

- 4 Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigungen bzw. Blutgerinnungsstörungen? ja nein
- 5 Leiden Sie an Erkrankungen des Herzens oder des Kreislaufes? ja nein
- Herzklappenfehler Herzinfarkt
 - Herzschrittmacher Endokarditis
 - Herzklappenersatz Bluthochdruck
- 6 Leiden Sie an Erkrankungen der Atemwege oder der Lunge (z.B. Asthma, Atemnot)? ja nein
- 7 Sind bei Ihnen Erkrankungen oder Ausfallerscheinungen der Nerven bekannt? ja nein
- Epilepsie (Anfallsleiden) Lähmungen
 - Schlaganfall
- 8 Bestehen bei Ihnen Erkrankungen der Knochen (z.B. Osteoporose)? ja nein
- 9 Bestehen bei Ihnen Erkrankungen oder störende Veränderungen der Haut? ja nein

weiter auf Seite 2 ▶

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

ja nein

ja nein

10 Sind bei Ihnen Allergien bekannt oder traten Überempfindlichkeitsreaktionen auf Medikamente auf?
(Wenn ja, welche?) _____

11 Liegen bei Ihnen Infektionskrankheiten vor?
Hepatitis A, B, C
Tuberkulose
AIDS/HIV
andere _____

12 Größere Operationen in der Vergangenheit (welcher Art, Jahr?)

13 Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopf-, Halsbereich (Zähne/Kiefer) geröntgt?

14 Rauchen Sie?
Wenn ja, wie viel pro Tag? _____

15 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? unsicher
(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____

16 Haben Sie häufig Kopfschmerzen oder Schmerzen im Bereich der Kiefer (-Gelenke) / des Gesichtes?

17 Schnarchen Sie?

18 Wurden Sie früher kieferorthopädisch behandelt?

19 Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?

20 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
 persönliche Empfehlung von _____
 Internet/Homepage Praxisschild
 Telefonbuch/Das Örtliche Gelbe Seiten
 Überweisung von _____

ANÄSTHESIEAUFKLÄRUNG:

Im Laufe der Behandlung besteht die Möglichkeit einer Betäubung der vom Zahn oder vom Operationsgebiet wegführenden Nerven (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie). Spezielle Risiken sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer örtlichen Betäubung für mehrere Stunden beeinträchtigt sein kann!

Datum, Unterschrift _____

Mit meiner Unterschrift stimme ich einer Fotodokumentation und dem Datenaustausch (Befunde, Röntgenbilder usw.) mit dem Hauszahnarzt und anderen Fachärzten zu. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zur Abrechnung benötigten Unterlagen an Dritte weitergegeben werden dürfen. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht.

Privatleistungen sind in voller Höhe zu entrichten - unabhängig vom Umfang der Erstattung durch die Beihilfestelle bzw. Versicherung.

Ich habe diese Aufklärung und die Informationen gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum, Unterschrift _____