



Gesundheitsfragebogen

(Bitte vollständig ausfüllen)

Patient:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer (privat)

Handynummer

Telefonnummer (geschäftlich)

Arbeitgeber

E-Mail

Mitversichert bei:

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Versicherung:

Gesetzlich versichert bei: _____

Zusatzversicherung

Privat versichert bei: _____

Basistarif

Beihilfeberechtigt

Einverständniserklärung bei Behandlung von Minderjährigen

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für die Behandlung (außer akute Schmerzbehandlung) die Einverständnis des Erziehungsberechtigten notwendig. Mit meiner Unterschrift am Ende des Fragebogens erteile ich mein Einverständnis.



Liebe Patienten,
für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche
Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie,
diesen Fragebogen vollständig auszufüllen.

Haben Sie derzeit irgendwelche ja nein Welche? _____
Allgemeinbeschwerden?

Befinden Sie sich derzeit in ja nein Warum? _____
ärztlicher Behandlung?

Nehmen Sie derzeit Medikamente ja nein Welche? _____
ein? (zu wenig Platz? Verwenden Sie gerne die Rückseite)

Haben Sie Allergien? Allergiepass? ja nein Welche? _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Zustand nach Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Wann: _____
Herzklappendefekt/-ersatz	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Herzoperationen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Welche?: _____
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Seit: _____
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Wann? _____

Infektionskrankheiten

HIV	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

Weitere Erkrankungen

Asthma	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Ohnmachtsneigung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Arthritis/ Arthrose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	Wann? _____
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="radio"/> Überfunktion <input type="radio"/> Unterfunktion



Haben Sie Erkrankungen, die hier nicht aufgeführt sind?

Wenn ja, welche?

Konsumieren Sie Drogen?

ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

ja nein

sehr oft oft selten

Rauchen Sie?

ja nein

0-10 Zig/Tag über 10 Zig/Tag

Für Frauen: Sind Sie schwanger?

ja nein

Welche Woche? _____

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet

empfohlen von Freunden/Bekanntem

Beschilderung

Anders: _____

Mit welchen Erwartungen und Wünschen haben Sie unsere Praxis aufgesucht?

Welche Wünsche haben Sie bezüglich Zahnersatz?

Wünschen Sie Informationen über Implantat?

ja

nein

Wünschen Sie Informationen über Kosmetische Zahnbehandlungen?

ja

nein

Wann war Ihre letzte professionelle Zahnreinigung?

Jahr: _____

Wann wurde das letzte Röntgenbild von ihren Zähnen angefertigt?

Jahr: _____

Wichtige Informationen:

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes, sie werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- Ich verpflichte mich, die Praxis umgehend über alle, während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Arbeitstage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.
- **Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.**

Unterschleißheim, den _____

Datum

Unterschrift