



Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Patient,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Vorname: _____ Name: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Tätigkeit: _____ beschäftigt bei: _____

Telefon: privat: _____ geschäftlich: _____ mobil: _____

E-Mail: _____ Wenn privat versichert: beihilfeberechtigt? ja nein

empfohlen durch: _____ Zweitschrift der Rechnung erwünscht? ja nein

Falls Zahlungspflicht anderen obliegt oder übertragen ist: Vorname: _____ Name: _____
(z.B. Studenten, Minderjährige etc.)

Anschrift: _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- Zustand nach Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz
- Entzündung von Herzmuskel/Herzinnenhaut/Herzbeutel
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Herzrhythmusstörungen
- Bypassoperation/Gefäßprothese: Welcher Art? _____

Wann operiert? _____

- Herzklappenersatz: Wann operiert? _____
- Herzschrittmacher

Kreislauf

- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Schlaganfall
- Gefäßerkrankung, z.B. Trombosen, Gefäßverschlüsse (PAVK) o.a.?

Wenn ja, welche? _____

Erkrankung des blutbildenden Systems

- Bluter

Augen

- Grauer Star
- Grüner Star

Atemwege/Lunge

- Asthma

- Bronchitis

Nieren

- Nierenerkrankung

Welche? _____

- Dialyse

Bewegungsapparat

- Rheuma
 rheumatoide Arthritis
 Gicht

Zentrales Nervensystem

- epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

- Kopfschmerzen
 Migräne

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
 Schilddrüsenüberfunktion / Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten

Welche? _____

- Infektionskrankheiten (HIV bzw. AIDS, Hepatitis, Tuberkulose usw.)

Welche? _____

- Tumorerkrankungen (ggf. Bestrahlung, Chemotherapie)

Wo? _____

- Osteoporose
 andere Infektionen (z.B. Röteln, Mumps, Masern, Scharlach)

Welche? _____

- sonstige Krankheiten: _____

Haben Sie Allergien?

- Arzneimittelunverträglichkeit: _____

- Allergie gegen bestimmte (zahnärztliche) Werkstoffe

Welche? _____

- sonstige Allergien: _____

Wurden Sie kürzlich operiert?

- Ja: Was wurde operiert? _____

Wann? _____

- Nein

Nehmen Sie folgende Arten von Medikamenten ein?

- Blutgerinnungshemmer (Blutverdünner): Name: _____

Zu welcher Uhrzeit erfolgt die Einnahme? _____

Bisphosphonate/monoklonale Antikörper

- als Tabletten: Wie heißt das Medikament? _____
In welchem Intervall erfolgt die Einnahme? _____
- als Spritze: Wie heißt das Medikament? _____
In welchem Intervall erfolgen die Injektionen? _____
- Blutdruckmedikament(e): _____
- Antidiabetika (Zuckertabletten): _____
- Cholesterinsenker: _____
- Psychopharmaka: _____
- sonstige Medikamente? _____

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- starker Gewichtsverlust innerhalb kurzer Zeit / starkes Schwitzen nachts / Abgeschlagenheit
- Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche? _____
- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche? _____
- Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn Ja, in welchem Monat? _____

Wenn Sie wegen einer oder mehrerer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind, wer ist/sind Ihr/e behandelnder/en Arzt/Ärzte?

Titel:

Arzt:

Ort:

Telefon:

Hinweise:

Mir ist bewusst, dass die Praxis nach dem Bestell-System geführt wird. Für mich reservierte Behandlungszeiten, die nicht spätestens 24h im Voraus von mir durch Absage freigegeben werden, können mir daher in Rechnung gestellt werden.

Für gesetzlich krankenversicherte Patienten: Wird die Gesundheitskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, werden die Behandlungskosten privat in Rechnung gestellt.

Datenschutz: Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Sie erklären die Kenntnisnahme der ausliegenden Datenschutzinformation sowie Ihr Einverständnis zur Verarbeitung personenbezogener Daten (Art.6 Abs.1) mit den entsprechenden Widerrufsrechten (Art.7 DSGVO). Ihnen ist bekannt, dass ohne Ihre Einwilligung eine Behandlung seitens unserer Praxis nicht möglich ist.

Dessau - Roßlau, den Unterschrift