



## GESUNDHEITSSBOGEN

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Damit wir Ihnen die bestmögliche Beratung und Behandlung bieten können, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Bei Unklarheiten zu einzelnen Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

## PATIENTENINFORMATION

### Patientin/Patient

Name, Vorname.....  
 Geburtsdatum.....Geburtsort.....  
 Straße, Hausnummer.....PLZ, Ort.....  
 Telefon Festnetz.....Telefon mobil.....  
 Email.....Beruf.....

### Gesetzliche/r Vertreter/in

Name, Vorname.....Geburtsdatum.....  
 Straße, Hausnummer.....PLZ, Ort.....  
 Telefon Festnetz.....Telefon mobil.....

## VERSICHERUNG

Krankenkasse.....

- Gesetzlich versichert       Zahnzusatzversicherung  
 Privat versichert       Basistarif / Standardtarif

### Versicherungsnehmer (falls Patient und Versicherter nicht identisch sind)

Name, Vorname.....  
 Geburtsdatum.....Geburtsort.....  
 Straße, Hausnummer.....PLZ, Ort.....

- Hausärztin/ Hausarzt       Behandelnde/r Ärztin/Arzt       Kinderärztin /-arzt  
 Herr    Frau

Name, Vorname.....  
 Straße, Hausnummer.....PLZ, Ort.....

**FRAGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND**

01. Werden/wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?.....  Ja  Nein  
wenn ja, wegen welcher **Krankheiten**?.....
02. Hatten Sie schon **Operationen**?.....  Ja  Nein  
wenn ja, wann und welche?.....
03. Haben oder hatten Sie eine **Hepatitis** (Gelbsucht)?.....  Ja  Nein
04. Sind Sie **HIV-positiv**?.....  Ja  Nein
05. Nehmen Sie zur Zeit **Medikamente** ein?.....  Ja  Nein  
wenn ja, welche?.....  
.....  
Nehmen Sie oder haben Sie in der Vergangenheit Medikamente aus der Gruppe der  Ja  Nein  
Bisphosphonate eingenommen oder gespritzt bekommen? (z.B. wegen Osteoporose)
06. Leiden Sie unter **Herz-Kreislaferkrankungen**?.....  Ja  Nein  
wenn ja, bitte ankreuzen:  zu hoher Blutdruck  zu niedriger Blutdruck  
 Angina Pectoris  künstliche Herzklappe  Herzinfarkt (wann.....)  
 Herzklappenfehler  Schlaganfall (wann.....)  
 Herzinnenhautentzündung (Endokarditis, wann .....
07. Leiden Sie unter einer **Bluterkrankung**? Wenn ja, bitte ankreuzen  Ja  Nein  
 Bluterkrankheit (Hämophilie)  Blutarmut (Anämie)  sonstiges  
 Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?.....  
.....
08. Leiden Sie unter einer **Stoffwechselerkrankung**?.....  Ja  Nein  
wenn ja, bitte ankreuzen:  Schilddrüsenerkrankung  Diabetes (Zuckerkrankheit)  
Andere.....
09. Haben Sie **Allergien**? Wenn ja, bitte ankreuzen  Ja  Nein  
 Heuschnupfen  Asthma  Andere.....  
Reagieren Sie überempfindlich auf:  
 örtliche Betäubung  Medikamente (welche?.....)  
 Nahrungsmittel
10. Hatten Sie jemals  
 eine Nebenhöhlenentzündung? (z.B. Kieferhöhle)  Ja  Nein  
 Chemotherapie? (Weswegen?.....)  Ja  Nein  
 Rheuma, Gelenkschwellungen?  Verdauungsstörungen?  Ja  Nein  
 Bestrahlung? (Wo und weswegen?.....)  Ja  Nein  
 hormonelle Störungen?  Tuberkulose?  Ja  Nein  
 Organerkrankungen? (Lunge, Leber, Niere, etc.)  Ja  Nein  
 eine andere ernsthafte Erkrankung? (Welche?.....)  Ja  Nein  
 eine Organtransplantation? (Wann und welches Organ?.....)  Ja  Nein



11. Besteht zur Zeit eine **Schwangerschaft**? (Welche Woche? ..... )  Ja  Nein
12. Tragen Sie **Gelenkprothesen, Herzschrittmacher** oder andere **Implantate**?  Ja  Nein
13. Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?  Ja  Nein
- Was?.....Wie viel pro Tag?.....

**Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen?**

- Angst vor Zahnbehandlung  Erhöhte Schmerzempfindlichkeit
- Starker Würgereiz  sonstiges.....

- Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?.....  Ja  Nein
- Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?.....  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?.....  Ja  Nein

**Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, welches Sie in unsere Praxis führt?**

- Vorsorgeuntersuchung  Beratung  Schmerzbehandlung
- neuer Zahnersatz  zweite Meinung  sonstiges.....

**Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?.....**

**Möchten Sie zu einem bestimmten Thema von uns beraten werden?**

- Professionelle Zahnreinigung  Zahnfleischbehandlung  Schnarchschiene
- Zahnersatz (z.B. Kronen, Brücken, Prothesen)  Mundgeruch
- Ästhetische Behandlungen  Implantate  Zähneknirschen
- Verspannungen/ Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich, CMD
- sonstiges.....

**Ich wünsche die Teilnahme am Recall-System (Terminerinnerung per E-mail / SMS / Anruf)  Ja  Nein**

Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. An Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Falls Sie einen Termin verschieben oder absagen müssen, informieren Sie uns bitte rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher. Bei Nichterscheinen oder zu kurzfristiger Absage zu einem fest vereinbarten Termin können gegebenenfalls die entstandenen Ausfallzeiten nach §615 BGB § 287 ZPO in Rechnung gestellt werden. Hierbei berechnen wir 50€ pro 30 Minuten geplanter Behandlungszeit.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/ meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Ich bin darüber informiert, dass die aktive Teilnahme am Straßenverkehr nach einer örtlichen Betäubung eingeschränkt sein kann. Zukünftige Änderungen meines Gesundheitszustandes werde ich unverzüglich mitteilen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.**

**Datum**.....**Unterschrift**.....