

Gesundheitsfragebogen

Name:..... Vorname:..... Straße:.....
 PLZ:..... Ort:..... Festnetz-Nr:.....
 Handy-Nr:.....
 Geburtstag:..... Krankenkasse:..... Telefonnr. Arbeitgeber:.....

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 Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

<u>Herz</u>	Ja	Nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzmuskel Entzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verengung der Herzkranzgefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz Rhythmus Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bypass Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Kreislauf</u>	Ja	Nein
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Erkrankung des blutbildenden Systems</u>	Ja	Nein
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Augen</u>	Ja	Nein
Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Atmungswege/Lunge</u>	Ja	Nein
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Magen-Darm-Trakt</u>	Ja	Nein
Magenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Blase-Nieren</u>	Ja	Nein
Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Leber</u>	Ja	Nein
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Bewegungsapparat</u>	Ja	Nein
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Zentrales Nervensystem</u>	Ja	Nein
Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Vegetatives Nervensystem</u>	Ja	Nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

- Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten
- AIDS
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJD)
- Tuberkulose (TBC)
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung/Chemotherapie)
- Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer ist Ihr behandelnder Arzt (Hausarzt)?:

Name: _____ Ort: _____ Telefon _____

Sonstige wichtige medizinische Informationen

- Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- Haben Sie eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung. Wenn Ja, welche.....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein. Wenn Ja, welche.....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, die eine Unterdrückung/Abschwächung Ihrer Immunreaktion zur Folge hat?.....
- Nehmen Sie regelmäßig Alkohol, Zigaretten oder Drogen zu sich. Wenn Ja, welche.....
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe. Wenn Ja, gegen welche.....
- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf. Wenn ja, welche?.....
- Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?
- Sind Sie am Coronavirus erkrankt oder hatten Sie Kontakt mit nachweislich an Covid 19 erkrankten Personen?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige administrativ wichtige Informationen

- Haben Sie eine Einstufung in einen Pflegegrad?
- Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 10 Jahre)
- Sind Sie mit der Übernahme Ihrer Karteikarte einverstanden?
- Sind Sie im Besitz einer Zahnzusatzversicherung?
- Möchten Sie von uns 1 x jährlich an notwendige Kontroll-Untersuchungen erinnert werden (Bonusheft)?
- Erinnerung per Telefon? Tel.Nr.:**

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir bis zu 3 Mal versuchen werden, Sie telefonisch zu erreichen. Sollte uns dies nicht gelingen, müssten wir Sie aus dem Recall System löschen.

Erinnerung per E-Mail? E-Mail-Adresse.:

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir Ihnen bis zu 3 Mal eine Erinnerung per Mail zukommen lassen werden. Sollten Sie darauf nicht reagieren, müssten wir davon ausgehen, dass Sie von uns nicht erinnert werden möchten, und würden Sie aus dem Recall System streichen. **Bitte beachten Sie, dass Recall-E-Mails unverschlüsselt versendet werden!**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Patienten, die Ihre Termine mehrfach versäumt haben, werden aus dem Recall System gelöscht!

Ich verpflichte mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 h vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi.

Deggingen, denUnterschrift Patient.....