

Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
 bevor wir uns in Ruhe mit Ihnen über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren
 allgemeinen Gesundheitszustand. Alle von uns gestellten Fragen werden vertraulich behandelt und dienen nur Ihrer zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis.

Patient:

Name: Vorname: Geburtsdatum: Krankenkasse:

ggf. gesetzliche/r Vertreter/in:

Name: Vorname: Geburtsdatum: Krankenkasse:

Anschrift / Kontaktdaten:

PLZ: Ort: Straße:

Tel.: Mobil: E-Mail-Adresse:

Arbeitgeber:

..... Beruf:

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Internet auf Empfehlung von andere Quelle

Welche der aufgeführten zahnmedizinisch relevanten Erscheinungen treffen auf Sie zu?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Kiefergelenk-Schmerzen oder -Knacken |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Zähne knirschen |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Zahnfleischbluten |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | überempfindliche Zähne |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Mundgeruch |

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herzerkrankungen:

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzschwäche (Insuffizienz) |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien) |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzasthma, Angina pectoris |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzinfarkt, wann? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Besitzen Sie einen Endokarditisprophylaxeausweis? |

Kreislaufkrankungen:

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | zu niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | zu hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Ohnmachtsanfälle, wenn ja wie oft? |

Stoffwechselerkrankungen:

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Zuckerkrankheit (Diabetes) Typ? |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Magen-Darm-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Schilddrüsenerkrankungen |

Atmungswege / Lunge:

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Asthma |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Bronchitis |

- Bitte wenden -

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Nierenerkrankungen:

- ja nein Chronische Niereninsuffizienz
 ja nein Dialyse

Infektionskrankheiten:

- ja nein Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B oder C)
 ja nein Tuberkulose
 ja nein AIDS, HIV
 ja nein MRSA

Vegetatives Nervensystem:

- ja nein Kopfschmerzen
 ja nein Migräne

Suchterkrankung:

- ja nein Alkohol/Drogen
 ja nein Rauchen Sie?
Wenn ja, wieviel?

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- ja nein Leiden Sie an Epilepsie (Anfallsleiden)?
 ja nein Leiden Sie an Osteoporose?
 ja nein Leiden Sie an Rheumatischer Arthritis?
 ja nein Leiden Sie an einem Glaukom (erhöhter Augendruck)?
 ja nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche?

- ja nein Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Operation?

Wenn ja, welche?

- ja nein Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

- ja nein Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? (u.a. Laktose-Intoleranz)

Wenn ja, welche?

- ja nein Besitzen Sie einen Allergiepass?

Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?

- ja nein Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche?

- ja nein Sind Sie z.Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- ja nein Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
 ja nein Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?
 ja nein Haben Sie Angst vor der Behandlung?

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 gern ein Taxi.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine mindestens 24 Std. vorher abzusagen. Bei Nichteinhaltung des Termines oder verspäteter Absage bin ich bereit, pro Std. ein Ausfallhonorar von 98,00 zu bezahlen. Die Bezahlung wird nicht fällig, wenn in der vereinbarten Zeit ein anderer Patient behandelt wird und kein Ausfall entsteht.

Der Anspruch ist nach §-615 BGB berechtigt (AG Leverkusen, 07.09.95 Az: 24 C 281/95) und der Hnach vom AG Bonn Az: 24 C 72/1995 bestätigt.

Husum, den Unterschrift: