

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) ,

Pat.Nr.

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. Vielen Dank für Ihre Mühe.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

- (ja) (nein) Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- (ja) (nein) Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- (ja) (nein) Herzklappenerkrankung (Endokarditis)
- (ja) (nein) Herzerkrankung
- (ja) (nein) Herzoperation
- (ja) (nein) Herzschrittmacher

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- (ja) (nein) HIV bzw. AIDS
- (ja) (nein) Tuberkulose
- (ja) (nein) Hepatitis
- (ja) (nein) Andere?

Allergien/ Unverträglichkeiten?

- (ja) (nein) Lokalanästhetika
- (ja) (nein) Schmerzmittel
- (ja) (nein) Antibiotika
- (ja) (nein) Ich besitze einen Allergiepass.
- (ja) (nein) Andere?

Weitere Erkrankungen?

- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörungen
- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Lungenerkrankung
- (ja) (nein) Schilddrüsenerkrankung
- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) Epilepsie
- (ja) (nein) Diabetes
- (ja) (nein) Nierenfunktionsstörungen
- (ja) (nein) Ohnmachtsneigung
- (ja) (nein) Kopfschmerzen/ Migräne
- (ja) (nein) Haut- und/ oder Geschlechtskrankheiten
- (ja) (nein) Andere?

Folgende Medikamente muss ich regelmäßig einnehmen:

.....

.....

Ich bin wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung bei:

Titel:

Arzt:

Ort:

Telefon:

Allgemeine Angaben:

- (ja) (nein) Ich nehme regelmäßig Alkohol oder Drogen zu mir.
- (ja) (nein) Ich rauche ca. _____ Zigaretten täglich.
- (ja) (nein) Ich bin z.Zt. schwanger. (nur für Frauen)

Wenn ja, in welchem Monat?

- (ja) (nein) Ich wurde im vergangenen halben Jahr geröntgt.

Wenn ja, wann?

Weitere administrativ wichtige Informationen (nur für Neupatienten):

- (ja) (nein) Ich besitze ein vollständig geführtes Bonusheft. (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- (ja) (nein) Ich möchte von Ihnen an meine Kontrolltermine (Recall) erinnert werden.
telefonisch schriftlich
Mobil-Nr.: _____
- (ja) (nein) Ich möchte per SMS an meine Termine erinnert werden (1 Tag vorher)
- (ja) (nein) Ich möchte gern über Ihr Prophylaxeprogramm informiert werden.
- (ja) (nein) Ich habe Interesse an Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenkasse
(z.B. Kunststofffüllungen im Seitenzahnbereich, Laser bei Wurzelbehandlung)

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir weisen Sie darauf hin, 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.

Datenschutzerklärung

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und elektronisch gespeichert. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.
Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Mildstedt, den Unterschrift