

**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"/>

<u>Stoffwechsel</u>	Ja	Nein
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen</u>	Ja	Nein
Haut- und/oder Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen (Bestrahlung/Chemotherapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln, Mumps, Masern, Scharlach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wer ist Ihr behandelnder Arzt (Hausarzt)?:

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

<u>Sonstige wichtige medizinische Informationen</u>	Ja	Nein
Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung. Wenn Ja, welche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein. Wenn Ja, welche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, die eine Unterdrückung/Abschwächung Ihrer Immunreaktion zur Folge hat?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol, Zigaretten oder Drogen zu sich. Wenn Ja, welche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder Stoffe. Wenn Ja, gegen welche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf. Wenn ja, welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie zurzeit schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Sonstige administrativ wichtige Informationen</u>	Ja	Nein
Haben Sie eine Einstufung in einen Pflegegrad? Wenn Ja, welcher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 10 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie im Besitz einer Zahnzusatzversicherung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie von uns 1 Tag vorher per SMS an Ihren Termin erinnert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchten Sie von uns 1 x jährlich an notwendige Kontroll-Untersuchungen erinnert werden (Bonusheft)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir bis zu 3 Mal versuchen werden, Sie telefonisch oder per Mail zu erreichen. Sollte uns dies nicht gelingen, müssten wir Sie aus dem Recall System löschen.		
<b>Erinnerung per Telefon? Tel.Nr.:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erinnerung per E-Mail? E-Mail-Adresse.:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte beachten Sie, dass Recall-E-Mails unverschlüsselt versendet werden!**

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

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Zahnarztpraxis meine elektronische Patientenakte (ePA) im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung nutzen darf.

**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, den .....Unterschrift Patient.....