



Gesundheits-Fragebogen

Liebe(r) Patient(in),

Krankheiten aller Art können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die DSGVO wird durch unseren Datenschutzbeauftragten sichergestellt. Infoblatt zur DSGVO auf Anfrage. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen erhalten Sie unter folgendem Link: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036>

Sollten sich Fragen ergeben, helfen wir Ihnen gerne weiter. Bitte informieren Sie uns, wenn sich an diesen Daten etwas ändert.

Name:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Tel. Mobil:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Termin-Erinnerung per SMS?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Tel. Hausarzt:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Zahnzusatzvers.:	<input type="text"/>

Dürfen wir Sie kontaktieren, wenn ein früherer Termin frei wird?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen: bitte unterstreichen bzw. ergänzen		
Herz (z.B. Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blut (z.B. längeres Nachbluten, Bluter, Blutarmut)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Leber (z.B. Hepatitis, Gelbsucht) / Magen / Darm / Niere / Blase	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nervenerkrankung (z.B. Epilepsie, Migräne, Depressionen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Stoffwechsel (Schilddrüse, Zucker (Diabetes), Gicht)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV / AIDS, Tuberkulose, MRSA, CJK)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Liegt ein Allergiepass vor? Ja Nein

Haben Sie andere Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Osteoporose? Ja Nein

Gewichtsverlust, Nachtschweiß? Ja Nein

Übermäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen? Ja Nein

Letzte Röntgenuntersuchung im Mund- / Kieferbereich? Wenn ja, wann? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche:

Änderungen meiner Gesundheit oder Medikamente teile ich umgehend mit.

Bei Fragen zu folgenden Gesundheitsthemen sprechen Sie uns bitte an!

Mundhygienetipps, professionelle Zahnreinigung, Ernährungsberatung, Zahnaufhellung, ästhetische Zahnversorgungen, Implantate, Schnarch- oder Entspannungsschienen.

Möchten Sie von uns kostenlos an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden? Ja Nein

Ich werde hiermit aufgeklärt, dass unter dem Einfluss von Medikamenten, z.B. einer Anästhesie („Spritze“), die Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann, und dass bei Zahnbehandlungen grundsätzlich unvorhersehbare Komplikationen auftreten können. Um unsere Verwaltung zu entlasten, können von uns ggf. Abrechnungsfirmen beauftragt werden. Vereinbarte Termine müssen spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, ansonsten behalten wir uns vor, die Ausfallzeit privat in Rechnung zu stellen. Kostenvoranschläge sind vorab bei der Krankenkasse / Zusatz- / Privatversicherung / Beihilfe einzureichen. Ich frage selbstständig Termine oder Laborergebnisse nach.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt dieses Bogens gelesen und verstanden habe.

Datum:

Unterschrift: