



Gesundheitsfragebogen - Erwachsene

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Beruf:

_____ E-Mail: _____

Telefon:

Privat _____ Dienstlich / Handy _____

Krankenkasse:

Sind Sie:

JA **NEIN** (bitte ankreuzen)

beihilfefähig

zum reduzierten Basistarif 1.8-fachen Satz (GOZ) versichert

zusatzversichert

von Medikamentenzuzahlung befreit

Versicherter:

(falls abweichend)

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand (Anamnese)

Einige Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, im Interesse einer komplikationslosen Behandlung alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- | | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Waren Sie in letzter Zeit oder sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, weshalb? _____ | | |
| Name, Anschrift des Hausarztes: _____ | | |
| 2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 3. Leiden Sie an Herzerkrankungen? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzinfarkt _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schlaganfall (Apoplexie) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschwäche (Insuffizienz) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzklappenfehler, künstliche Herzklappen _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: _____ | | |
| 4. Ist Ihr Blutdruck | | |
| normal _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hoch _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| niedrig _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| medikamentös eingestellt _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- bitte wenden -

Gesundheitsfragebogen - Erwachsene - Seite 2

JA NEIN

5. Haben Sie eine Bluterkrankung? z.B. _____
 Blutungsneigung (Hämophilie) _____
 Blutarmut (Anämie) _____

6. Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel (z.B. Marcumar, Aspirin)? _____

7. Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten:

- a) Allergie, Arzneimittelüberempfindlichkeit? _____
 Falls ja, worauf? _____
 Besitzen Sie einen Allergiepass? _____
 b) Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis, Gelbsucht)? _____
 c) ansteckende Krankheiten (Tuberkulose, HIV)? _____
 d) Asthma, Atemwegserkrankungen? _____
 e) Zuckerkrankheit (Diabetes)? _____
 f) Osteoporose? Nehmen oder nahmen Sie Medikamente (Bisphosphonat)? _____
 g) rheumatische Erkrankungen? _____
 h) Schilddrüsenerkrankungen? _____
 i) andere Krankheiten? _____
 Falls ja, welche? _____

8. Sind in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen im Zahnbereich
 angefertigt worden? _____

9. Für weibliche Patienten: Besteht eine Schwangerschaft? _____

Zusatzfragen:

JA NEIN

10. Sind Sie an einem Austausch Ihrer Amalgamfüllungen / an einer
 hochwertigen Neuversorgung interessiert? _____

11. Leiden Sie unter Zahnfleischbluten oder Zahnfleischrückgang? _____

12. Wünschen Sie sich eine Aufhellung (Bleaching) Ihrer Zähne? _____

13. Zur Gesunderhaltung Ihrer Zähne und Ihres Zahnfleisches empfehlen wir
 regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung (Prophylaxe).
 Möchten Sie telefonisch von uns daran erinnert werden? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung Zeitung Internet

Für Ihre Behandlungen reservieren wir Ihnen individuelle Termine, die Ihnen lange Wartezeiten ersparen. Falls Sie diese nicht einhalten können, bitten wir Sie, uns 24 Stunden vorher zu informieren. Den Ausfall für nicht rechtzeitig abgesagte Termine müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen. Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner erforderlichen personenbezogenen Daten an die Zahnärztliche Verrechnungsstelle Deutschland e.V., Wittelsbacher Str.15, 86641 Rain am Lech, zum Zwecke der Einziehung der zahnärztlichen Honorarforderung. Ich bin mir bewusst, dass ich dieses Einverständnis freiwillig erteilt habe und jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift Patient

Name des Patienten in Druckbuchstaben