

# Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.

Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt.

Einer Einsichtnahme in meine bisherigen, durch Herrn Dr. Jörg Keller geführte Patientenunterlagen durch Zahnärztin Nina J. Burtscheidt stimme ich ausdrücklich zu.

Sicherheit und Datenschutz haben in meiner Praxis oberste Priorität. Wir nutzen für die Verwaltung Ihrer Patientendaten modernste Software zur Sicherung und bei Bedarf zum Austausch mit anderen Fachkollegen und dem zahntechnischen Labor unter Berücksichtigung aller notwendigen und vorgegebenen Sicherheitsstandards.

Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten gespeichert werden. Meine Einwilligung ist jederzeit widerruflich. Wenn ich die Einwilligung nicht erteile bzw. später widerrufe, werden meine Daten nicht von der Software verarbeitet und gespeichert.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliches:

Frau	Herr	Name	Vorname	Geburtstag	Geburtsort <small>(Angabe für das Röntgenkontrollbuch)</small>
Straße		Nr.	PLZ	Ort	
Telefon		Mobil		E-Mail	

## Krankenversicherung:

Gesetzlich versichert:	Ja	Nein	Zusatzversicherung:	Ja	Nein
• Bei welcher Krankenkasse:	-----		Beihilfeberechtigt:	Ja	Nein
Privat versichert:	Ja	Nein			
• Basistarif:	Ja	Nein			

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist versichert?

Frau	Herr	Name	Vorname	Geburtstag	Geburtsort <small>(Angabe für das Röntgenkontrollbuch)</small>
Straße		Nr.	PLZ	Ort	
Wer ist Ihr Hausarzt?					
Name		Ort		Telefon	

## Hinweis zur Organisation:

### Sie können einen Termin nicht einhalten?

Bitte sagen Sie mindestens 24 Stunden vorher ab.

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnmedizinischer Behandlung:

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss der Injektion oder anderer Medikamente hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gerne ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

## In eigener Sache:

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Von Bekannten empfohlen
- Telefon-/Branchenbuch
- Überweisung
- Internet

### Falls wir empfohlen wurden, haben Sie sich im Vorfeld unsere Internetseite angeschaut?

Ja    Nein

### Möchten Sie von uns per Post, E-Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung & Prophylaxe erinnert werden?

Ja    Nein  
Per Post  
E-Mail  
Telefonisch

### Warum suchen Sie uns auf?

Wünschen Sie eine/n ...

<input type="checkbox"/> Routineuntersuchung	<input type="checkbox"/> Neuen Zahnersatz
<input type="checkbox"/> Beratung	<input type="checkbox"/> Zweite Meinung
<input type="checkbox"/> Schmerzbehandlung	<input type="checkbox"/> Andere Gründe:

### Leiden oder litten Sie unter Erkrankungen der/des ...

Herzens oder Kreislaufs	Ja	Nein
Leber	Ja	Nein
Nieren	Ja	Nein
Schilddrüse	Ja	Nein
Magen-Darm-Traktes	Ja	Nein
Gelenke (Rheuma)	Ja	Nein
Wirbelsäule	Ja	Nein
Psyche	Ja	Nein

### Haben oder hatten Sie ...

Kiefergelenkschmerzen	Ja	Nein
Tumorerkrankungen	Ja	Nein
Prostataerkrankungen	Ja	Nein
Hohen Blutdruck	Ja	Nein
Niedrigen Blutdruck	Ja	Nein
Diabetes	Ja	Nein
eine erhöhte Blutungsneigung	Ja	Nein
Zahnfleischbluten	Ja	Nein
Ohrensausen/Tinnitus	Ja	Nein
Migräne	Ja	Nein
Asthma	Ja	Nein
Epilepsie	Ja	Nein
Grüner Star	Ja	Nein
Tuberkulose	Ja	Nein
HIV (Aids)	Ja	Nein
Hepatitis	Ja	Nein
• Wenn ja, welcher Typ	A	B    C
Allergien	Ja	Nein
• Wenn ja, wogegen?		

Operationen im Mund- Kiefer-,  
Gesichtsbereich?    Ja    Nein  
• Wenn ja, welche?

Sonstige Infektionen/Erkrankungen:    Ja    Nein

Nehmen Sie Medikamente?    Ja    Nein  
• Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine  
Schwangerschaft?    Ja    Nein  
• Wenn ja, in welchem Monat sind Sie?

Sind Sie Raucher?    Ja    Nein  
• Wenn ja, wieviele Zigarettenpackungen  
rauchen Sie in einer Woche?

Sind Sie Veganer?    Ja    Nein

Datum

Unterschrift