

Gesundheitsfragebogen

Dr. Michael Schädler • Dr. Mathias Brandenbusch
Zahnärzte

Georg-Josef-Straße 2, 65343 Eltville

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie kommen zur Zahnbehandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Wir vergeben Termine, um Ihnen längere Wartezeiten möglichst zu ersparen. Um Ihnen unsere ganze Aufmerksamkeit schenken zu können, reservieren wir Ihnen bei entsprechenden Arbeiten zum Teil mehrere Stunden. Leerlauf bedeutet für eine Praxis finanziellen Verlust. Um Ihnen und uns Ärger zu ersparen, bitten wir darum, alle Termine pünktlich einzuhalten oder bei Verhinderung rechtzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher abzusagen. Medizinisch notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis. Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z. B. akute Schmerzen) in unsere Praxis, müssen Sie mit Wartezeit rechnen. Am besten rufen Sie uns im Notfall an, wir bemühen uns Ihnen schnellstmöglich zu helfen.

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.

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. privat: _____ Tel. Arbeit: _____ Mobil: _____

Email: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert: pflichtversichert freiwillig versichert zusatzversichert

privat versichert Basistarif Beihilfe

Mitglied: selbstversichert versichert über:

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____ PLZ, Ort: _____

Sie kommen in unsere Praxis:

zur Kontrolle

zur Beratung über: _____

zur Schmerzbehandlung

wegen Zahnfleischbluten / Parodontose

durch Überweisung / auf Empfehlung von: _____

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? _____

Wie häufig gehen Sie üblicherweise zum Zahnarzt? _____

Wann wurden Sie zum letzten Mal im Kopfbereich geröntgt? _____

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Ja Nein Allergien (Allergiepass vorhanden?)

Ja Nein Anfallsleiden (Epilepsie)

Ja Nein Zuckerkrankheit (Diabetes)

Ja Nein Herzerkrankung (Infarkt, Schrittmacher, Endokarditis)

- | | | |
|----|------|---|
| Ja | Nein | Zustand nach Infarkt |
| Ja | Nein | Herzinsuffizienz |
| Ja | Nein | Muskelentzündung |
| Ja | Nein | Verengung der Herzkranzgefäße |
| Ja | Nein | Rythmusstörungen |
| Ja | Nein | Bypassoperation |
| Ja | Nein | Herzklappenersatz |
| Ja | Nein | Schrittmacher |
| Ja | Nein | Kreislaufkrankung (Blutdruck) |
| Ja | Nein | niedriger Blutdruck |
| Ja | Nein | Bluthochdruck |
| Ja | Nein | Angina pectoris |
| Ja | Nein | Durchblutungsstörungen |
| Ja | Nein | Schlaganfall |
| Ja | Nein | Atmungswege/Lunge |
| Ja | Nein | Asthma |
| Ja | Nein | Bronchitis |
| Ja | Nein | Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV) |
| Ja | Nein | Rheuma, Osteoporose |
| Ja | Nein | Lebererkrankung |
| Ja | Nein | Nervenerkrankung |
| Ja | Nein | Blutkrankheit |
| Ja | Nein | Erkrankung des Magen-Darm-Traktes |
| Ja | Nein | Nierenerkrankung |
| Ja | Nein | Schilddrüsenerkrankung |
| Ja | Nein | Augenerkrankung (Erhöhter Augeninnendruck, Glaukom) |
| Ja | Nein | Tumorerkrankung |

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind, wer ist der behandelnde Arzt:

Titel: **Arzt:** **Ort:** **Telefon:**

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- | | | |
|----|------|---|
| Ja | Nein | Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken? |
| Ja | Nein | Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert? |
| Ja | Nein | Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche ?..... |
| Ja | Nein | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche ?..... |
| Ja | Nein | Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche ?..... |
| Ja | Nein | Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche ?..... |
| Ja | Nein | Besitzen Sie einen Allergiepass?
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?..... |
| Ja | Nein | Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche ?..... |
| Ja | Nein | Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn Ja, in welchem Monat?..... |

Zahnärztliche Anamnese

- | | | |
|----|------|--|
| Ja | Nein | Haben Sie Schmerzen? |
| Ja | Nein | Haben Sie Probleme mit Ihrem Zahnfleisch? |
| Ja | Nein | Beobachten Sie Zahnlockerungen oder Wanderungen? |
| Ja | Nein | Haben Sie manchmal einen schlechten Geschmack im Mund? |
| Ja | Nein | Hatten Sie bereits eine Parodontosebehandlung? |
| Ja | Nein | Hatten Sie einen Unfall mit Gesichts- oder Schädelverletzungen? |
| Ja | Nein | Haben Sie Schmerzen oder Probleme bei der Mundöffnung oder beim Kauen? |
| Ja | Nein | Ist Ihnen aufgefallen, dass Sie mit den Zähnen knirschen oder pressen? |
| Ja | Nein | Wurden Ihre Zähne im vergangenen Jahr geröntgt? |
| Ja | Nein | Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? |

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- | | | |
|----|------|--|
| Ja | Nein | Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre) |
| Ja | Nein | Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden? |

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 gern ein Taxi.

Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung, sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändigt. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO/BDSG und unseren Datenschutzhinweisen ein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ort, Datum Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Dr. Michael Schädler
Dr. Mathias Brandenbusch
Georg-Josef-Str. 2
65343 Eltville

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. eines privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses und zur Abrechnung dieser Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. gegenüber mir als Privatpatienten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum _____

Patient/in; bei Kindern Erziehungsberechtigte/r