

Gesundheitsfragebogen

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. **Andernfalls behalten wir uns vor ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen. Diese Information wird hiermit zur Kenntnis genommen.**

Medizinische notwendige, nicht vorhersehbare Behandlungsmaßnahmen können jedoch dazu führen, dass Termine nicht in jedem Fall exakt eingehalten werden können. Dafür bitten wir um Ihr Verständnis.

Kommen Sie aufgrund von unvorhersehbaren Notfällen (z.B. akute Schmerzen), müssen Sie mit einer Wartezeit rechnen. Am besten rufen Sie uns im Notfall an. Wir bemühen uns Ihnen schnellst möglich 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.

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.

Informationen zur Datenschutzgrundverordnung

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.

⇒ **Eltville, den** _____ **Unterschrift** _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefonnummer: _____ Beruf: _____ E-Mail: _____
Krankenkasse: _____
 gesetzlich privat versichert
 pflichtversichert Basistarif
 Beihilfe freiwillig versichert
 Zusatzversicherung

Versichert über: Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
PLZ/Ort: _____ Geburtsdatum: _____

Zahnärztliche Anamnese:

Haben Sie aktuell Schmerzen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welche? _____	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Probleme mit ihrem Zahnfleisch?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Bemerken Sie Zahnlockerungen und/oder Wanderungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie manchmal einen schlechten Geschmack im Mund?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hatten Sie bereits eine Parodontitis-Therapie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Wann? _____	<input type="radio"/> Nein
Hatten Sie einen Unfall mit Gesichts- oder Schädelverletzung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welche? _____	<input type="radio"/> Nein
Haben Sie Schmerzen bei der Mundöffnung/beim Kauen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sind Sie mit dem Aussehen ihrer Zähne zufrieden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
--	--------------------------	----------------------------

- Grund für Ihren heutigen Besuch: _____
- Letzter Zahnarztbesuch: _____
- Letztes Röntgenbild im Kopf,-Halsbereich: _____

Herz-Kreislauf-/ und Gefäßerkrankungen	<input type="radio"/> Zustand nach Herzinfarkt <input type="radio"/> Vorhofflimmern/Herzrhythmusstörungen <input type="radio"/> Herzinsuffizienz <input type="radio"/> Herzklappenersatz <input type="radio"/> Zustand nach Endokarditis <input type="radio"/> Zustand nach Herzmuskelentzündung (Myokarditis) <input type="radio"/> Herzschrittmacher <input type="radio"/> Bypass,- Stentoperation <input type="radio"/> Verengung der Herzkranzgefäße <input type="radio"/> Angina Pectoris <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Niedriger Blutdruck (Hypotonie) <input type="radio"/> Hoher Blutdruck (Hypertonie) <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Nein
Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung	<input type="radio"/> Blutverdünnung <input type="radio"/> Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom <input type="radio"/> Gerinnungsstörungen <input type="radio"/> Thrombose <input type="radio"/> Hämophilie A <input type="radio"/> Hämophilie B <input type="radio"/> Erhöhte Blutungsneigung (Neigung zu blauen Flecken oder verlängerter Blutungszeit bei Verletzungen) <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Nein
Atemwegs- und/oder Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> Asthma bronchiale <input type="radio"/> Bronchitis <input type="radio"/> Zustand nach Lungenembolie <input type="radio"/> COPD <input type="radio"/> Lungenentzündung <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Nein
Erkrankungen der inneren Organe	<input type="radio"/> Magen <input type="radio"/> Darm <input type="radio"/> Leber <input type="radio"/> Leberzirrhose <input type="radio"/> Bauchspeicheldrüse <input type="radio"/> Nierenerkrankungen <input type="radio"/> Dialysebehandlung <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Nein
Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> HIV/AIDS <input type="radio"/> Hepatitis A oder B <input type="radio"/> Hepatitis C <input type="radio"/> Tuberkulose <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Nein
Neurologische/Psychiatrische Erkrankungen	<input type="radio"/> Depressionen <input type="radio"/> Epilepsie/Krampanfälle <input type="radio"/> Neuropathien <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Nein

Stoffwechselerkrankungen	<input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose) <input type="radio"/> Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) <input type="radio"/> Gicht <input type="radio"/> Rheuma <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Nein
Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> Brustkrebs/Mammakarzinom <input type="radio"/> Lungenkarzinom <input type="radio"/> Prostatakarzinom <input type="radio"/> Darmkrebs <input type="radio"/> Weißer Hautkrebs (Basaliom) <input type="radio"/> Schwarzer Hautkrebs (Melanom) <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Nein
Skeletterkrankungen und Erkrankungen des Knochens	<input type="radio"/> Osteoporose <input type="radio"/> Arthritis/Arthrose <input type="radio"/> Multiples Myelom/Plasmozytom <input type="radio"/> Knochenmetastasen <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Nein
Erkrankungen der Sinnesorgane	<input type="radio"/> Grauer Star <input type="radio"/> Grüner Star <input type="radio"/> Erhöhter Augeninnendruck <input type="radio"/> Engwinkelglaukom <input type="radio"/> Schwerhörigkeit <input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Nein
Sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen	<input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> Nein
Allergien	<input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> Allergiepass vorhanden	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein
Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Möchten Sie an die jährliche Vorsorge erinnert werden?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstige wichtige medizinische Informationen:

Haben Sie in den letzten Wochen einen deutlichen Gewichtsverlust bemerkt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Nehmen/Nahmen Sie Bisphosphonate oder Denosumab ein? (bsp: Alendronat, Fosamax, Zometa, Prolia, etc.)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Menge: _____	<input type="radio"/> Nein
Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welche? _____ <input type="radio"/> Häufigkeit: _____	<input type="radio"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Menge: _____	<input type="radio"/> Nein
Sind Sie derzeit schwanger?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Schwangerschaftswoche-/Monat: _____	<input type="radio"/> Nein
Hatten Sie bereits Voroperationen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welche? _____	<input type="radio"/> Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Welche? _____ _____ _____	<input type="radio"/> Nein
--	---	----------------------------

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

Eltville, den _____ Unterschrift: _____