

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Patient/sehr geehrte Patientin,

Name:.....

Geb. am:.....

Adresse:.....

.....

Tel.:.....

Handynr.:.....

E-Mail:.....

Arbeitgeber:.....

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.

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an!

Versicherungsstatus

(ja) (nein) gesetzlich versichert

(ja) (nein) privat versichert

(ja) (nein) Beihilfe

(ja) (nein) Basistarif

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz

(ja) (nein) Zustand nach Infarkt

(ja) (nein) Herzinsuffizienz

(ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße

(ja) (nein) Rythmusstörung

(ja) (nein) Herzklappenersatz

(ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

(ja) (nein) niedriger Blutdruck

(ja) (nein) Bluthochdruck

(ja) (nein) Angina pectoris

(ja) (nein) Durchblutungsstörungen

(ja) (nein) Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

(ja) (nein) Blutarmut

(ja) (nein) Bluter

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis

Stoffwechsel

- (ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
- (ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion
- (ja) (nein) Diabetes

Blase-Niere

- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

- (ja) (nein) Leber (Hepatitis)
- (ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- (ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- (ja) (nein) Osteoporose
- (ja) (nein) Epilepsie
- (ja) (nein) Rheuma

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

behandelnder Arzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Nehmen Sie Bisphosphonate ein?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) sonstige Medikamente.....
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Sind Sie z. Z. schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat?.....
- (ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche?.....

Ist der Unterzeichner Erziehungsberechtigter/gerichtlich bestellter Betreuer?

(ja) (nein) Adressangaben.....

Besteht ein geteiltes Sorgerecht?

(ja) (nein) Adressangaben.....

(ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halbjährliche Kontrolle erinnert werden?

(ja) (nein) Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten am Tag?.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

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. Aus forensischen Gründen werden einzelne Behandlungsschritte fotodokumentiert.

Unsere Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem. Die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie im Verhinderungsfall den vereinbarten Termin rechtzeitig - spätestens 24 Stunden vorher - absagen. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir Ihnen im Falle Ihres schuldhaften Nichterscheines den entstandenen Ausfall gem. § 615 BGB in Höhe von 50 EUR in Rechnung stellen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Bitte teilen Sie uns Änderungen der obigen Angaben sofort mit.

Arnstadt, den Unterschrift.....