

Gesundheitsfragebogen

Allgemeinerkrankungen oder Medikamente müssen bei der zahnärztlichen Behandlung berücksichtigt werden. Auch könnten Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit haben. Daher sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte kreuzen sie Zutreffendes zu Ihrem Gesundheitszustand an und informieren Sie uns, falls sich im Laufe der Behandlung Änderungen ergeben. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Regelungen zum Datenschutz. Eine Datenschutzerklärung nach Art.13 DSGVO halten wir für Sie zur Einsicht bereit.

PATIENT

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße / Nr: _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Tel. / Mobil: _____

E-Mail: _____ Beruf: _____

VERSICHERTENVERHÄLTNIS

Gesetzlich Name der Krankenkasse: _____ Zusatzversicherung _____
 Privat Basistarif Pflegestufe __ Hausarzt _____

MITVERSICHERT BEI


Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Adresse: _____

ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN

Herzkrankungen

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Unregelm. Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzschrittmacher
- Zustand nach Herzinfarkt
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
 - ASS Marcumar Plavix
 - Andere _____
- Haben Sie Angst vor dem Zahnarzt?

wenig  viel
(bitte angeben)

- Ich wünsche grundsätzlich eine Betäubung

Infektionserkrankungen

- Leberentzündung (Hepatitis A, B, C)
- Tuberkulose
- HIV (Aids)
- Rheumatisches Fieber
- Entzündlicher Rheumatismus

- aktuelle Behandlung

Kreislaufkrankungen

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck

Allergien

- Ekzeme
- Penicillinüberempfindlichkeit
- Asthma
- Allergiepass vorhanden
- Medikamentenüberempfindlichkeit
- Sonstige Allergien _____

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckererkrankung (Diabetes)
- Magen-Darmerkrankungen
- Schilddrüsenüberfunktion

Bluterkrankungen

- Blutungsneigung (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

Nervensystemerkrankungen

- Epilepsie
- Hirnschlag (Apoplexie)

Organerkrankungen

- Leber
- Nieren
- Kieferhöhle

Kiefergelenk

- Geräusche, Knacken
- Schmerzen
- Verspannungen, Kopf- u. Nackenschmerzen

Zähne

- Stellung
- Farbe
- Knirschen / Pressen

Zahnfleisch

- Bluten / Schwellung
- Rückgang

Sonstiges

- Rauchen __ Zigaretten./Tag
- Schwangerschaft / Entbindungstermin _____
- Schnarchen
- Medikamentenliste vorhanden
- regelmäßige Medikamenteneinnahme welche: _____

Bitte wenden

Letzte Röntgenuntersuchung der Zähne (Jahr) _____ Anfertigt in Praxis _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Terminreminderung / Recall

**Wir bieten einen kostenlosen Erinnerungsservice an, über den Sie sich halbjährlich an Ihre Kontrolltermine/
Zahnreinigung erinnern lassen können.**

Sollen wir diesen unverbindlichen Service für Sie einrichten?

- per Telefon per SMS
 per Post nein, keine Benachrichtigung

Wir sind eine Bestellpraxis. Wenn Ihr Zahnarzt seine Zeit für Sie reserviert und Sie nicht erscheinen, was dann? Weder Ihr Zahnarzt noch seine Mitarbeiter sind in der Zeit beschäftigt. Die gesamte Praxis war auf Ihren Besuch eingestellt. Für den Fall, dass Sie eine reservierte Behandlungszeit nicht in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie deshalb, rechtzeitig (d. h. **48 Std. vorher**) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben.

Ausfallzeiten werden nach §615 Satz BGB § 287 ZPO berechnet.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist.

Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die ausgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____