



Liebe Patientin, lieber Patient!

Bevor wir uns Ihrer Zahnmedizinischen Behandlung zuwenden können, benötigen wir neben Ihren Personalien weitere Angaben bzgl. Ihres Gesundheitszustandes, um unsere Behandlung individuell auf Sie abstimmen zu können.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß aus.

Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Bei Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne weiter.

Patient

Geschlecht (m, w, d) _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum und -ort _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

Email _____

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Versicherter

☐ Selbst ☐ Ehepartner ☐ Vater/Mutter

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum und -ort _____

Adresse (falls abweichend) _____

Hausarzt _____

Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt? _____

Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____

Telefon geschäftlich _____

Krankenkasse

☐ gesetzliche Versicherung

☐ Freiwillig versichert

☐ Zusatzversicherung

☐ Kostenerstattung

☐ haben Sie einen Pflegegrad oder -bescheid (Bescheid bitte vorlegen)

☐ private Versicherung

☐ Vollversicherung

☐ Beihilfeberechtigt

☐ Basistarif

Recall

Ich möchte an die Fälligkeit meiner Vorsorgeuntersuchung erinnert werden ☐ ja ☐ nein

Der Recall darf erfolgen per

☐ SMS ☐ Email ☐ Post ☐ Telefon

Gesundheitsfragen

Leiden Sie an

Herz-, Kreislauferkrankungen

Hoher Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Niedriger Blutdruck	☐ ja	☐ nein
Herzschrillmacher	☐ ja	☐ nein
Stents	☐ ja	☐ nein
Endokarditis überstanden	☐ ja	☐ nein
künstliche Herzklappe	☐ ja	☐ nein
Herzinfarkt/Arrhythmie	☐ ja	☐ nein
Thrombose/Embolie (z.B.Schlaganfall)	☐ ja	☐ nein
Sonstige, hier nicht genannte Herz-, Kreislauferkrankungen	☐ ja	☐ nein

Diabetes mellitus

☐ja ☐nein

Infektionserkrankungen

Hepatitis	☐ ja	☐ nein
Typ A B C D	☐ ja	☐ nein
HIV+ (AIDS)	☐ ja	☐ nein
Tuberkulose	☐ ja	☐ nein

Allergien

Latex	☐ ja	☐ nein
Antibiotika	☐ ja	☐ nein
Schmerzmittel	☐ ja	☐ nein
Allergiepass (bitte vorlegen)	☐ ja	☐ nein

Osteoporose

☐ja ☐nein

Weiteren Erkrankungen

Schilddrüsenenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Astma	☐ ja	☐ nein
COPD	☐ ja	☐ nein
Gerinnungsstörungen/Bluterkrankungen	☐ ja	☐ nein
Krebserkrankungen/Tumore	☐ ja	☐ nein
Epilepsie	☐ ja	☐ nein
Nierenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Rheumatische Erkrankungen	☐ ja	☐ nein
Wirbelsäulenerkrankungen	☐ ja	☐ nein
Gelenkersatz	☐ ja	☐ nein
frühere Operationen	☐ ja	☐ nein
Weitere _____		

Suchterkrankungen

Alkohol	☐ ja	☐ nein
Rauchen	☐ ja	☐ nein
andere Suchtmittel _____	☐ ja	☐ nein

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

☐ja ☐nein

Medikamente

Nehmen Sie Bisphosphonate?

☐ja ☐nein

(Krebstherapie/Osteoporose)

(z.B. Aclasta®, Actonel®, Bonviva®, Fosamax®, Fosavance®, Zometa®)

Blutverdünner

☐ja ☐nein

(z.B. Heparin, Marcumar®, Aspirin®, Plavix®, Eliquis®, Xarelto®, Pradaxa®)

Sonstige _____

Haben Sie einen Medikamentenplan?

☐ja ☐nein

(bitte vorlegen)

Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD)

Knirschen/Pressen Sie mit den Zähnen?

☐ja ☐nein

Haben Sie Kopf-, Nacken-, Rückenschmerzen, Migräne?

☐ja ☐nein

Haben Sie Kiefergelenkbeschwerden?

☐ja ☐nein

Leiden Sie unter Schwindel und/oder Tinnitus?

☐ja ☐nein

Schnarchen Sie?

☐ja ☐nein

Befinden Sie sich in derzeit bei einem Heilpraktiker/in, Physiotherapeuten/in oder Osteopaten/in in Behandlung?

☐ja ☐nein

(Behandler)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben im Gesundheitsfragebogen

Datum, Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

Weitere Informationen

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um unseren Gesundheitsbogen auszufüllen.

Sollten Sie Anregungen oder Wünsche haben, informieren Sie uns gerne.

Außerdem weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung nachfolgend durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Unterschrift