



# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne.

Patienten-Name	_____ PATIENT	Versicherter	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsdatum	_____ VERSICHERTER
Geburtsort	_____	Straße	_____ VERSICHERTER
Straße	_____	PLZ/Ort	_____ VERSICHERTER
PLZ/Ort	_____	Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Basistarif
Telefon Privat	_____	Name der Versicherung	_____
Telefon Mobil	_____	beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon Arbeit	_____	Pflegestufe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf	_____	Zahnezusatzversicherung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E-Mail	_____		
Hausarzt	_____		

## Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
1 Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Wie ist Ihr Blutdruck?		
3 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch		
3.1 HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 TBC / Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Wenn ja, welcher Typ?) _____		
3.3 Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Psychische Erkrankungen / Angststörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Allergien (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			14 Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			15 Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Grüner Star / Glaukom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 Nierenerkrankungen oder -anomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 Andere Erkrankungen (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/> Herzklappenersatz		_____		
<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher				
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Stent				

[weiter ▶](#)



# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

ja nein

ja nein

19 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein

- Herz / Kreislauf
- Blutverdünnende Medikamente
- Schmerzmittel
- Bisphosphonate (z.B.bei Osteoporose)
- Cortison
- andere \_\_\_\_\_

20 Rauchen Sie?  ja  nein

(Wenn ja, wie viel?) \_\_\_\_\_

21 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

unsicher  
(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) \_\_\_\_\_

22 Haben Sie häufig Kopfschmerzen oder Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?  ja  nein

23 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?  ja  nein

Wenn ja, wie stark? (wenig=1, stark=5)

- 1  2  3  4  5

24 Stört Sie Ihre Zahnstellung oder- farbe?  ja  nein

25 Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n

- Routinekontrolle  neuen Zahnersatz
- Beratung  „zweite Meinung“
- Schmerzbehandlung  andere Gründe

26 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung?  ja  nein

27 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung
- Internet / Homepage
- sonstiges: \_\_\_\_\_

28 Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge- / Kontrolltermin erinnert werden?

- postalisch  E-Mail

Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.

## Anästhesie-Aufklärung

Bei einer örtlichen Betäubung (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie) können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden (auch dauerhaft), Zahnfleischschädigung. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe meiner Daten an Vor-, Mit- und Nachbehandler (z.B. Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Hausärzte, Physiotherapeuten usw.) ausdrücklich zu. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir Termine exklusiv für Sie reservieren, in denen wir uns Zeit nur für Sie nehmen. Teilen Sie uns bitte rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) mit, wenn Sie einen Termin nicht einhalten können. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, bei kurzfristigen Terminabsagen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und gebe mein Einverständnis zur Speicherung meiner Daten. Weiterhin stimme ich der Regelung über das Ausfallhonorar zu.

Datum, Unterschrift