

GESUNDHEITS FRAGEBOGEN

Name: PATIENT

Vorname: PATIENT

Geburtsdatum: PATIENT

Straße: PATIENT

PLZ/Ort: PATIENT

Telefon Privat:

Telefon Mobil:

Telefon Arbeit:

Arbeitgeber:

E-Mail:

Hausarzt:

Name: VERSICHERTER

Vorname: VERSICHERTER

Geburtsdatum: VERSICHERTER

Straße: VERSICHERTER

PLZ/Ort: VERSICHERTER

Krankenversicherung gesetzlich
 privat Basistarif

Name der Versicherung:

beihilfeberechtigt ja nein

Zahnzusatzversicherung vorhanden ja nein

Liebe Patientin, lieber Patient,
 alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte gerne im persönlichen Gespräch nach.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein
1 Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.1 HIV-Infektion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2 TBC / Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann? _____		
4 Allergien (z.B. Latex, Metalle etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

4.1 Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Sind Sie operiert worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann? _____		

Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
6 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1 Nehmen / nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Herzklappenfehler <input type="radio"/> Herzklappenersatz		
<input type="radio"/> Endokarditis <input type="radio"/> Herzschrittmacher		
<input type="radio"/> Herzinfarkt		
8 Ist ein Herzpass vorhanden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Wie ist Ihr Blutdruck?		
<input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> hoch		
11 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Wenn ja, welcher Typ?) _____		

WEITER AUF SEITE 2 ▶

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein
12 Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Nierenerkrankungen oder -anomalien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Tumore / Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Andere Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche? _____		

20 Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Mittel ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Marcumar / Plavix / ASS / Xarelto _____		
<input type="radio"/> Kortisonpräparate _____		
<input type="radio"/> andere _____		

21 Rauchen Sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> unsicher		
(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____		

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.

Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
23 Möchten Sie an unserem Vorsorgeprogramm gegen Zahn- und Zahnfleischerkrankungen (Professionelle Zahnreinigung) teilnehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24 Haben Sie häufig Kopf- oder Gesichtsschmerzen oder Muskelschmerzen bzw. Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25 Hätten Sie gerne weißere Zähne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26 Stört Sie Ihre Zahnstellung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28 Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29 Legen Sie Wert auf eine Behandlung in Sedierung (Dämmerschlaf)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?		
<input type="radio"/> persönliche Empfehlung von _____		
<input type="radio"/> Internet / Homepage <input type="radio"/> Gelbe Seiten		
<input type="radio"/> Telefonbuch / Das Örtliche		
<input type="radio"/> sonstiges: _____		

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum, Unterschrift