

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

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

**PATIENT**

Patienten-Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Telefon Mobil \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Versicherter \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ **VERSICHERTER**

Straße \_\_\_\_\_ **VERSICHERTER**

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ **VERSICHERTER**

Krankenversicherung  gesetzlich  
 privat  Basistarif

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt  ja  nein

Zahnzusatzversicherung vorhanden  ja  nein

## Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

**JA NEIN**

1 Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 TBC/Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) Wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		
3 Allergien (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		
3.1 Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

**JA NEIN**

6 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzklappenersatz
<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt		
7 Wie ist Ihr Blutdruck?		
<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hoch
8 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Wenn ja, welcher Typ?) _____		
9 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

weiter auf Seite 2 ▶

# GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

JA NEIN

14 Nierenerkrankungen oder -anomalien

15 Tumore/Krebs

16 Andere Erkrankungen (Welche?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17 Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Mittel ein?

Marcumar/Plavix/ASS/Blutverdünner

andere \_\_\_\_\_

18 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

unsicher

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

19 Möchten Sie an unserem Vorsorgeprogramm gegen Zahn- und Zahnfleischerkrankungen (Professionelle Zahnreinigung) teilnehmen?

20 Haben Sie häufig Kopf- oder Gesichtsschmerzen oder Muskelschmerzen bzw. Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?

21 Hätten Sie gerne weißere Zähne?

Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

JA NEIN

22 Schnarchen Sie?

23 Wachen Sie morgens nicht ausgeruht auf?

24 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?

25 Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?

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

27 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

persönliche Empfehlung von \_\_\_\_\_

Internet/Homepage

Telefonbuch/Das Örtliche

Gelbe Seiten

sonstiges: \_\_\_\_\_

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

telefonisch  E-Mail  schriftlich

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), Zahnfleissschädigung. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

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