

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Tel.:

*E-Mail Adresse:

*Beruf:

Mitversichert bei:

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Anschrift (falls abweichend):

*bei Privatversicherten Krankenkasse & Tarif (Basis / Standard / Notlagentarif):

*Freiwillige Angaben

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an!

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörungen
- (ja) (nein) Bluter

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis

(ja) (nein) Rauchen

Blase-Nieren

(ja) (nein) Nierenerkrankung

(ja) (nein) Dialyse

(ja) (nein) Leber (Gelbsucht, Hepatitis)

Bewegungsapparat

(ja) (nein) Rheuma

(ja) (nein) rheumatoide Arthritis

(ja) (nein) Gicht

(ja) (nein) Osteoporose

Zentrales Nervensystem

(ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

(ja) (nein) Kopfschmerzen

(ja) (nein) Migräne

Stoffwechsel

(ja) (nein) Zuckerkrankheit - Diabetes

(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion

(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose

(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Titel: **Arzt:** **Ort:** **Telefon:**

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

(ja) (nein) Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

(ja) (nein) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?

(ja) (nein) Haben Sie eine Laktoseintoleranz?

(ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?

(ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?

Wenn Ja, in welchem Monat?.....

Weitere administrativ wichtige Informationen:

(ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

(ja) (nein) Zahnzusatzversicherung

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Bitte bestätigen Sie uns durch Ihre Unterschrift, dass wir Sie diesbezüglich informiert haben.

Ort, Datum Unterschrift Patient Unterschrift gesetzl. Vertreter

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Liebe Patienten,

wir arbeiten ausschließlich mit hochwertigen Materialien und mit modernsten Geräten, um Ihnen die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zu ermöglichen.

Leider sind die Beiträge der gesetzlichen Krankenkasse zu gering, so dass wir nicht umhin kommen Ihnen eine private Zuzahlung abzuverlangen.

Aus diesem Grund haben wir **Beispiele** aufgestellt, um Sie vorab über den ungefähren Eigenanteil zu informieren, der sich aus dem Materialbedarf und dem zeitlichen Aufwand errechnet.

Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Füllungen Komposit (Kunststoff)	50 € - 110 €
Wurzelkanalbehandlung	150 € - 250 €

Die Kosten werden immer vor der Behandlung mit Ihnen besprochen.

Neu Wulmstorf, den Unterschrift