

# Gesundheitsfragebogen

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.

## **Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten gemäß Artikel 6, Absatz 1 Buchstabe a & Artikel 7, DSGVO**

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Kieferorthopäden, Labore) übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen, selbst unverschlüsselt elektronisch (z.B. mittels Arztbrief, Telefon oder E-Mail), bedarf es Ihrer Einwilligung.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Str./Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Telefon:

priv.: \_\_\_\_\_ beruflich: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

**Versicherung:**     gesetzlich     private Zusatzversicherung für Zähne  
                           privat                     Beihilfe             Postbeamten             DKV

Versichert über Wen ? (Elternteil / Ehepartner) \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: \_\_\_\_\_

Wir fertigen vor und während der Behandlung, Foto's von Ihren Zähnen zur Dokumentation, Aufklärung und Therapieplanung an. Es entstehen keinerlei Kosten für Sie.

**Ich wünsche, dass keine Foto's von meinen Zähnen angefertigt werden.**

## **Allgemeine Fragen**

- ( ja ) ( nein ) Kommen Sie auf Empfehlung ? Wenn ja, von \_\_\_\_\_
- ( ja ) ( nein ) Wurden in den letzten 1 1/2 Jahren Röntgenaufnahmen von den Zähnen angefertigt ?  
Wenn ja, bei welchem Zahnarzt: \_\_\_\_\_
- ( ja ) ( nein ) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft ? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- ( ja ) ( nein ) Möchten Sie in unser Recall-System (Erinnerungs-System) aufgenommen werden ?
- ( ja ) ( nein ) Möchten Sie von uns an Ihre Termine per SMS erinnert werden ?
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen ?
- ( ja ) ( nein ) Leiden Sie unter Zahnfleischbluten ?
- ( ja ) ( nein ) Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen ?
- ( ja ) ( nein ) Leiden Sie unter Kopf- oder Nackenschmerzen ?
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie mit dem Aussehen und der Farbe Ihrer Zähne zufrieden ?
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie Angst vor der Behandlung ?
- ( ja ) ( nein ) Besitzen Sie einen Pflegegrad / Eingliederungshilfen ? \_\_\_\_\_
- ( ja ) ( nein ) Rauchen Sie ? Wenn Ja, wieviel ? \_\_\_\_\_
- ( ja ) ( nein ) Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?

## **Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen**

### **Allergien / Unverträglichkeiten**

- ( ja ) ( nein ) Latex, Kunststoff, Eugenol / Nelke, Nickel, Minze, Zitrusfrüchte, usw...
- ( ja ) ( nein ) Antibiotika (z.B. Penicillin)

andere: \_\_\_\_\_

### **Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

- ( ja ) ( nein ) Hoher Blutdruck (Hypertonie)
- ( ja ) ( nein ) Niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- ( ja ) ( nein ) Herzklappenerkrankung/ -defekt
- ( ja ) ( nein ) Bypass, künstl. Herzklappe
- ( ja ) ( nein ) Angina pectoris (verengte Herz-Kranz-Gefäße)
- ( ja ) ( nein ) Herzschrittmacher
- ( ja ) ( nein ) Schlaganfall
- ( ja ) ( nein ) Herzinfarkt

- ( ja ) ( nein ) Herzinsuffizienz (Herzschwäche)
- ( ja ) ( nein ) Herzrhythmusstörung
- ( ja ) ( nein ) Herzmuskelentzündung / Endocarditis
- ( ja ) ( nein ) Ohnmachtsneigung

#### **Infektionserkrankungen**

- ( ja ) ( nein ) Hepatitis A,B,C / HIV / AIDS / Tuberkulose / TBC

#### **Weitere Erkrankungen**

- ( ja ) ( nein ) Reflux
- ( ja ) ( nein ) Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)
- ( ja ) ( nein ) Lungenerkrankungen, Asthma, COPD
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Rheuma
- ( ja ) ( nein ) Epilepsie
- ( ja ) ( nein ) Diabetes (Zuckerkrankheit) HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_
- ( ja ) ( nein ) Niereninsuffizienz
- ( ja ) ( nein ) Dialyse
- ( ja ) ( nein ) Osteoporose
- ( ja ) ( nein ) Tumorerkrankungen

#### **Immunschwäche**

- ( ja ) ( nein ) Einnahme von Cortison
- ( ja ) ( nein ) Organtransplantation

#### **Gerinnungshemmende Medikamente**

- ( ja ) ( nein ) ASS, Aspirin, Godamed, Iscover, Plavix, Tiklyd, Marcumar, Falithrom, Triclopidin, Clopidogrel,
- ( ja ) ( nein ) Pradaxa - Dabigatran, Xarelto, Eliquis, Ticagrelor, Brilique, Lixiana, Coumadin, Savaysa

#### **Sonstige Medikamenteneinnahme**

### **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.

#### **Hinweise zu unserem Praxisablauf**

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.

Selm, den ..... Unterschrift .....