

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

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
1 Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Wie ist Ihr Blutdruck?		
2 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch		
2.1 HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 TBC / Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Wenn ja, welcher Typ?) _____		
2.3 Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HbA1c-Wert: _____		
2.4 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Allergien (Wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			10 Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1 Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1 Nehmen / nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Nierenerkrankungen oder -anomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 Andere Erkrankungen (Welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
5.5 Herzinfarkt (Herzpass vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		

weiter ►

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	ja	nein		ja	nein
18 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 Möchten Sie an unserem Vorsorgeprogramm gegen Zahn- und Zahnfleischerkrankungen (Professionelle Zahnreinigung) teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.1 Blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar / Plavix / ASS / Eliquis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.2 andere _____			25 Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung unzufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26 Leiden Sie unter häufigen Schmerzen oder Verspannungen im Kiefer, Kopfbereich oder Nacken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> unsicher			27 Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____			(Wenn ja, wie viel?) _____		
20 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?		
Wenn ja, wie stark? (wenig=1, stark=5)			<input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung		
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			<input type="checkbox"/> Internet / Homepage		
21 Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
22 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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.
- 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.
- Sollten Sie den für Sie reservierten Termin nicht wahrnehmen oder nicht rechtzeitig absagen (mind. 24h vorher), erlauben wir uns, Ihnen ein Ausfallhonorar von 100€ je 30 Minuten 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.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Zahnarztpraxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Datum, Unterschrift

*freiwillige Angaben

