

Gesundheitsfragebogen

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen wollen. Im Interesse Ihrer Behandlung bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen; bei evtl. Fragen helfen wir gerne. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht; Änderungen bitten wir uns umgehend mitzuteilen.

Patient
Name Vorname geb.

Mitglied
Name Vorname geb.

Anschrift
Straße Nr.
.....
Postleitzahl Ort Email

Telefon
Telefon Telefax Handy

Versicherung beihilfeberechtigt

Beruf selbständig

Arbeitgeber
Telefon

Anschrift Arbeitgeber
Straße Ort

Ihr Hauptanliegen:
.....

Auf wessen Empfehlung kommen Sie?

Wann und was war Ihre letzte Zahnbehandlung?

Haben Sie zurzeit Zahnschmerzen? JA NEIN

Bemerken Sie Erkrankungen des Zahnfleisches? JA NEIN

Knackt Ihr Kiefergelenk beim Kauen oder Gähnen? JA NEIN

Haben Sie Kopf- oder Nackenschmerzen? JA NEIN

Sind Sie mit der Ästhetik Ihrer Zähne zufrieden? JA NEIN

Sonstiges:

Wünschen sie eine besondere Beratung über

Karies - Vermeidung	<input type="checkbox"/>	Kiefergelenk - Behandlung	<input type="checkbox"/>
Zahnfarbene Keramik - Füllungen	<input type="checkbox"/>	Zahnfleisch - Behandlung	<input type="checkbox"/>
Hochwertigen Zahnersatz	<input type="checkbox"/>	Amalgam – Entfernung	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	Ästhetische Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/>
Zahnaufhellung (Bleaching)	<input type="checkbox"/>	Zahnregulierung Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/>
Faltenunterspritzung Hyaluronsäure	<input type="checkbox"/>	Faltenbehandlung mit Botox	<input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Medizinische Befunderhebung

Antworten Sie bitte auf alle Fragen.

Sollten Sie Fragen zu bestimmten Punkten des Gesundheitsfragebogens haben, so zögern Sie nicht, mich danach zu fragen und markieren Sie gegebenenfalls die Stelle in Ihrem Fragebogen mit einem Fragezeichen.

1. Wurden Sie im letzten Jahr von einem Arzt untersucht? Wenn ja, warum?

JA NEIN

.....
2. Sind Sie in den letzten fünf Jahren im Krankenhaus gewesen?

JA NEIN
3. Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

JA NEIN

.....
4. Sind bei Ihnen einmal Zwischenfälle während oder nach einer Zahnbehandlung aufgetreten? Wenn ja, welche?

JA NEIN

.....
5. Hatten Sie jemals:

 - Eine ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente (Antibiotika, Jod, etc)
Wenn ja, auf welche? JA NEIN
 -
 - Asthma, Heuschnupfen oder andere Überempfindlichkeiten (Allergien) JA NEIN
 - Herz-, Kreislaufstörung, oft kalte Hände und Füße? JA NEIN
 - Rheumatisches Fieber? JA NEIN
 - Schweres Rheuma, Gelenkschwellung? JA NEIN
 - Hepatitis (Gelbsucht) JA NEIN
 - Diabetes (Zuckerkrankheit) JA NEIN

6. Haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung?
Wenn ja, welche?
.....
 JA NEIN
7. Haben Sie einen Herzschrittmacher? JA NEIN
8. Ist bei Ihnen schon einmal eine Blutuntersuchung
wegen Verdachts auf eine Lebererkrankung oder
eine erworbene Immunschwäche(AIDS) vorgenommen
worden? Wenn ja, Ergebnis:
.....
 JA NEIN
9. Sind in Ihrer Familie Blutungsneigungen oder
Blutgerinnungsstörungen bekannt? JA NEIN
10. Neigen Sie selbst zu anhaltenden Nachblutungen
nach Schnittverletzungen oder Zahnentfernungen? JA NEIN
11. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente
(z. B. Marcumar, ASS 100) JA NEIN
12. Wann sind Sie zuletzt von einem Arzt oder
Zahnarzt geröntgt worden?
13. Wer ist Ihr Hausarzt? Tel.:.....
14. Sind Sie Raucher ? Anzahl pro Tag ? JA NEIN

Nur für Patientinnen:

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft ? JA NEIN

Wenn ja, welcher Monat:.....

**Legen Sie besonderen Wert auf eine Behandlung
unter lokaler Betäubung?** JA NEIN

Wir möchten darauf hinweisen, dass Ihre Daten in unserem Praxiscomputer gespeichert werden.

Ich bin darüber informiert, dass eine private Liquidation nach der GOZ, der amtlichen
"Gebührenordnung für Zahnärzte" erstellt wird.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Std. vorher ändern.

Geilenkirchen, den

.....
Unterschrift

Besprochen:
Datum

.....
Unterschrift