

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 vor der Behandlung mit uns. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und Sie in Ruhe behandeln zu können, wird diese Praxis nach einem Bestellsystem geführt. Sollten sich Ihrerseits Terminänderungen ergeben, bitten wir Sie, diese 24 Stunden vor dem geplanten Termin mitzuteilen. Bei Nichteinhaltung oder verspäteter Absage des Termins werden wir gemäß §615BGB ein Ausfallhonorar pro 1/2 Stunde von 100 € in Rechnung stellen. Die Bezahlung wird nicht fällig, wenn in der vereinbarten Zeit ein anderer Patient behandelt wird und somit kein Ausfall entsteht.

Name/ Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Adresse ggf. Änderungen:
.....

Tel. privat / dienstl. / Handy: p: d: H:
p: d: H:

Email:
.....

Daten des Mitgliedes:
Falls Sie nicht selbst Krankenkassenmitglied sind (bei Kindern Erziehungsberechtigte):

Name/ Vorname des Mitgliedes:

Geburtsdatum des Mitgliedes:

Anschrift des Mitgliedes:

Name der Krankenkasse (gesetzlich/ privat):

gesetzl. Versicherte ggf. Zusatzversichert bei:

- privat Versicherte:
- Standard-/ Basistarif
 - Vollversicherung
 - Beihilfe

Sie erteilen mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis, dass die im Rahmen der Rechnungstellung notwendigen persönlichen Behandlungsdaten, Behandlungstage und nach der Gebührenordnung erbrachte Leistungen und dazugehörige Diagnosen an das Krankenkassenmitglied/ den Zahlungspflichtigen übermittelt werden dürfen.

Hiermit erteile ich diese Einwilligung und entbinde insoweit meine Ärztin/ meinen Arzt zugleich von der Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenfalls die Richtigkeit der obigen persönlichen Daten und unterzeichne, dass ich den Text gelesen und verstanden habe.

Berlin, den

Unterschrift Patient/ In ggf. Erziehungsberechtigter:

Patient:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Angina pectoris, ggf. Monat/ Jahr: /
(ja) (nein) Zustand nach Infarkt, ggf. Monat/ Jahr: /
(ja) (nein) Zustand nach Bypassoperation, /
Herzklappenersatz /
Schrittmacher /
(ja) (nein) Herzinsuffizienz
(ja) (nein) Muskelentzündung
(ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
(ja) (nein) Rhythmusstörungen
(ja) (nein) Endokarditis

Kreislauf

- (ja) (nein) Bluthochdruck
(ja) (nein) niedriger Blutdruck
(ja) (nein) Durchblutungsstörungen
(ja) (nein) Schlaganfall /
(ja) (nein) Ohnmachtsneigung

Augen

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

Atemwege / Lunge

- (ja) (nein) Asthma, Haben Sie Ihr Asthmaspray bei sich?
(ja) (nein) chronische Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenerkrankung:

(ja) (nein) Darmerkrankung:

Blase / Nieren / Leber

- (ja) (nein) Blasenerkrankung:

(ja) (nein) Nierenerkrankung:

(ja) (nein) Dialyse

(ja) (nein) Gelbsucht im Kindesalter

(ja) (nein) Hepatitis A - B - C - D - E bitte ankreuzen, ggf. ausgeheilt seit:

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma
(ja) (nein) rheumatoide Arthritis
(ja) (nein) Gicht

Vegetatives / Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) Kopfschmerzen
(ja) (nein) Migräne
(ja) (nein) epileptische Anfälle

Stoffwechsel

- (ja) (nein) Diabetes: Typ 1: O Typ 2: O
(ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
(ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- (ja) (nein) HIV-Infektion (O), Tuberkulose (O), MRSA (O)
(ja) (nein) Hautkrankheiten?
(ja) (nein) Geschlechtskrankheiten?
(ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung (O), Chemotherapie (O))
(ja) (nein) Osteoporose
(ja) (nein) Rücken- (O) / Nacken- (O) / Kiefergelenksbeschwerden (O)

Hausarzt ggf. Email:

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

vorbehandelnder Zahnarzt ggf. Email:

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

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Andere hier nicht genannte Erkrankungen?
Welche?
- (ja) (nein) Allergien bzw. Unverträglichkeiten auf Medikamente und/ oder andere Stoffe?
Welche?
- (ja) (nein) Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen?
Welche?
- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?
(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Welche?
- (ja) (nein) Alkohol- oder Drogenabhängigkeit?
Welche?
- (ja) (nein) Rauchen Sie?
(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) Krankenhausaufenthalte der letzten 5 Jahre:
Wann: Grund:
- (ja) (nein) Besteht eine Schwangerschaft? Entbindungstermin:

Weitere administrativ wichtige Informationen:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Empfehlung durch:

Internet O

- (ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
(ja) (nein) Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS?
(ja) (nein) RECALL: Wünschen Sie eine Terminerinnerung zur halbjährlichen Vorsorgeuntersuchung?
SMS O
Email O
(Parodontitis-u. Implantatpat. erhalten automatisch eine Erinnerung.)

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.

Berlin, den Unterschrift