



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. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name / Vorname _____

Geburtsname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Krankenkasse / private Krankenversicherung

gesetzlich versichert ja nein Zusatzversicherung ja nein

privat versichert ja nein beihilfeberechtigt ja nein Basistarif ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum _____ Erziehungsberechtigter _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____ Tel. _____

Hinweise zur Organisation

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden. Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungen

Bitte beachten Sie, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach einer zahnärztlichen Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung selbst, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten hervorgerufen werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi, das Sie sicher nach Hause bringt.

Gesundheitsfragebogen



Praxis für moderne Zahnheilkunde

Ulrike Dirks & Team

Haben Sie akute Schmerzen? ja nein

Wenn ja, wie äußern sich diese?

- Dauerschmerz
- Zähne reagieren auf süß / sauer
- Manche Zähne sind temperaturempfindlich
- Zähne schmerzen bei Belastung oder Kauen
- Zähne schmerzen auch ohne Belastung
- Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch
- Kieferschmerzen / Kiefergelenkschmerzen
- anders, und zwar: _____

Medikamente: Nehmen Sie ...

- Cortison (Kortikoide) Schmerzmittel
- Antidepressiva
- blutverdünnende Medikamente, z.B.
 - Marcumar® ASS Ticlopidin
 - Plavix Clopidogrel Pradaxa
 - Xarelto Eliquis Efient
 - andere: _____

Haben oder hatten Sie Erkrankungen...

- hohen Blutdruck ja nein
- niedrigen Blutdruck ja nein
- Diabetes ja nein
- Ohrensausen/Tinnitus ja nein
- Epilepsie ja nein
- Tuberkulose ja nein
- Hepatitis ja nein
- Wenn ja, welcher Typ? A B C
- Allergien ja nein
- Wenn ja, wogegen? _____
- eine Gelenkprothese ja nein

(künstliches Knie- oder Hüftgelenk)

Wenn ja, wo genau? _____

- Bisphosphonattherapie ja nein
- welche: _____
- HIV (Aids) ja nein
- Grünen Star ja nein
- Osteoporose ja nein
- Zahnfleischbluten ja nein
- Kreislaufs ja nein
- Leber ja nein
- Nieren ja nein

Haben Sie eine Laktoseintoleranz? ja nein

Zu Ihrem Herzen: Haben oder hatten Sie...

- Stents Bypass Herzschrittmacher
- Herzinfarkt Angina Pectoris Herzklappenentzündung
- künstliche Herzklappe _____

Nehmen Sie dafür Medikamente?

- nein ja, welche _____

**Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen
Medikamente oder Spritzen aufgetreten?**

- nein ja, welche: _____

... und nehmen dagegen Medikamente?

- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____

- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____
- nein ja, welche: _____

Gesundheitsfragebogen



Praxis für moderne Zahnheilkunde

Ulrike Dirks & Team

- | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| <input type="radio"/> Schilddrüse | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche: _____ |
| <input type="radio"/> Magen-Darm-Traktes | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche: _____ |
| <input type="radio"/> Gelenke (Rheuma) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche: _____ |
| <input type="radio"/> Asthma | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche: _____ |
| <input type="radio"/> MRSA-Keim (Krankenhauskeim) | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche: _____ |

Sonstige Infektionen/Erkrankungen

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?

- nein ja, in der _____ Woche

Knirschen Sie mit den Zähnen?

- ja nein

Rauchen Sie?

- ja nein

Fragen / Anmerkungen:

Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link:

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>



- Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.
- Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe

Datum

Unterschrift