

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns Ihren zahnmedizinischen Wünschen widmen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, um unsere Behandlung individuell darauf abstimmen zu können. Füllen Sie bitte diesen Fragebogen und den Anamnesebogen sorgfältig aus. Alle Angaben, Untersuchungsergebnisse und Behandlungen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patient

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Ort _____

Telefonnummer _____ Mobilfunknummer _____ EmailAdresse _____

Beruf / Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____

GKV (gesetzliche Krankenversicherung) PKV (private Krankenversicherung) Zusatzversicherung

Haben Sie Wünsche oder Anregungen, die Ihnen wichtig sind?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Ich möchte an die Fälligkeit meiner regelmäßigen, halbjährlichen Vorsorgeuntersuchungen, per Mail, erinnert werden. (Sollten Sie eine Erinnerung wünschen, ist die Angabe Ihrer Mailadresse erforderlich!)

Ja Nein

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie diesen rechtzeitig, mindestens jedoch 24 Stunden vorher abzusagen. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir bei nicht eingehaltenen Terminen berechtigt sind, Ihnen ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.



Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitsstatus möglichst genau!

Besitzen Sie einen Pflegebescheid? Nein JA

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Herzpräparate Nein JA
Antidiabetika Nein JA
Blutverdünner Nein JA

Sonstige _____

Haben Sie einen Medikamentenplan oder einen Allergiepass? Nein JA

wenn JA, bringen Sie diesen bitte bei Ihrem nächsten Besuch mit, damit wir ihn in der Karteikarte hinterlegen können. Diese Angaben sind wichtig für Ihre Zahnbehandlung.

Bluten Sie leicht und lange, wenn Sie sich verletzen? Nein JA

Haben Sie je Medikamente wegen Osteoporose eingenommen? Nein JA

wenn JA, welche und wann zuletzt? _____

Sind Sie allergisch oder überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien?

Latex Nein JA
Antibiotika (z. B. Penicillin) Nein JA
Schmerzmittel Nein JA
Anästhetika Nein JA
Sonstige _____

Leiden Sie an Herz- Kreislauferkrankungen?

Hoher Blutdruck Nein JA
Niedriger Blutdruck Nein JA
Brustschmerzen links Nein JA
Atemnot Nein JA
Herzschrittmacher Nein JA
Endokarditis Nein JA
Künstliche Herzklappe Nein JA
Thrombose Nein JA
Herzinfarkt / Arrhythmie Nein JA
Stent (Herz OP) Nein JA
Sonstige _____

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert?

Übertragbare Krankheiten (TBC, HIV, Hepatitis, etc.) Nein JA
Asthma Nein JA
Diabetes Nein JA
Nierenerkrankung Nein JA
Krebs / Tumor Nein JA
Epilepsie Nein JA
Schilddrüsenerkrankung Nein JA
Sonstige _____

Wurden Sie in letzter Zeit im Kopfbereich geröntgt? Nein JA

wenn JA, wo und wann? _____

Haben Sie künstliche Gelenke? Nein JA

wenn JA, wo und wann war die OP? _____



Waren oder sind Sie von nachfolgenden Beschwerden betroffen?

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Kiefergelenksbeschwerden | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> JA |
| Knirschen oder Pressen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> JA |
| Rheuma | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> JA |
| Häufiger Kopfschmerz | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> JA |
| Ohrensausen / Tinnitus | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> JA |
| Wirbelsäulenprobleme | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> JA |
| Sonstige | _____ | |

Bestehen Suchtkrankheiten?

- | | | |
|---------------|----------------------------|--------------------------|
| Alkoholgenuss | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> JA |
| Rauchen | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> JA |
| Drogenkonsum | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> JA |
| Sonstige | _____ | |

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

- Nein JA

wenn JA, wann ist der geplante Entbindungstermin? _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name, Anschrift

Sind Sie derzeit beim Heilpraktiker/in, Osteopaten/in oder Physiotherapeuten/in in Behandlung?

- Nein JA

wenn JA, wo, seit wann und warum? _____

Wir bedanken uns, dass Sie sich ein paar Minuten Zeit genommen haben, um unseren Gesundheitsbogen auszufüllen.

Es freut uns, dass Sie sich als Patient für unsere Praxis entschieden haben, bedanken uns für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen und wünschen, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen.

Sollten Sie irgendwelche Fragen oder Anliegen haben, stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Sprechen Sie uns einfach an –WIR SIND FÜR SIE DA!

Weitere Informationen:

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr nach einer Lokalanästhesie (Betäubungsspritze) eingeschränkt sein kann und bitten Sie, uns diese Aufklärung nachfolgend durch Ihre Unterschrift zu bestätigen.

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen. Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Behandlungsunterlagen von allen Zahnärzten in der Gemeinschaftspraxis Dres. Lichtblau eingesehen werden können.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

