

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

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

Name: _____ Vorname: _____

Geb Datum: _____ Geb Ort: _____

Straße: _____

PLZ : _____ Ort: _____

Tel: _____ Mobil: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____

Hauptversicherter (Name, Vorname, GebDat): _____

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

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

Atmungswege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenerkrankung
- (ja) (nein) Darmerkrankung

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht
- (ja) (nein) Hepatitis

Bewegungsapparat

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

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- (ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- (ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- (ja) (nein) Osteoporose

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?
- (ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?
Wenn Ja, in welchem Monat?.....

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- (ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Datenschutzerklärung

Meine Daten dürfen innerhalb der praxisinternen Software zur Datenvereinbarung und Übermittlung an die Krankenkasse gespeichert und verarbeitet werden. Ich bin damit einverstanden, dass ggf. notwendige zahnärztliche Unterlagen und Befunde bei Nachfrage an übergreifende medizinische Fachrichtungen weitergegeben oder angefragt werden dürfen und entbinde die Zahnarztpraxis Babbe-Pekol von Ihrer Schweigepflicht. Die Datenschutzverordnung ist auf Nachfrage einsehbar.

Falls Sie Ihren Termin einmal nicht einhalten können, bitten wir Sie, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Andernfalls können Kosten für Sie in Rechnung gestellt werden.

Wardenburg, den Unterschrift