

Gesundheitsfragebogen

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.

Patient: _____ Geb. Datum: _____

Versicherter: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Telefonnummer: _____

HandyNr: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnersatz oder andere Behandlungsmaßnahmen?

Ja Seit wann besteht Ihre Versicherung? _____
Nein

Falls nein, sprechen Sie uns bei Interesse gern an.

Weitere administrativ wichtige Informationen:

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher

Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- Bluter

Augen

- Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- Asthma oder Bronchial-Asthma

Magen-Darm-Erkrankung

- Darm Erkrankung, wann ja, was:.....
- Magen Erkrankung, wenn ja, was:.....

Blase-Nieren

- Blasen- Nierenerkrankung oder Dialyse

Zentrales Nervensystem

- epileptische Anfälle

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenerkrankung

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- HIV bzw. AIDS, Tuberkulose, Hepatitis B/C (Gelbsucht)
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

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) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche ?.....
- (ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche ?.....
- (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 welcher Woche?.....

Hinweise zu Verkehrstüchtigkeit, Nichterscheinen und Datenverarbeitung

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.

Die vereinbarten Termine werden ausdrücklich für Sie freigehalten. Sie werden daher gebeten, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig mindestens 48 Stunden vorher abzusagen. Bei Nichterscheinen kann eine Ausfallgebühr von bis zu EUR 200,- geltend gemacht werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben und erkläre mich ausdrücklich mit der Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten und Röntgenbilder zu medizinischen, konsiliarischen und abrechnungstechnischen Zwecken einverstanden.

Krefeld, den Unterschrift