

Gesundheits Fragebogen

Herzlich Willkommen in der Zahnarztpraxis Birgit Markwardt!

Bevor wir uns in Ruhe Ihrer zahnmedizinischen Situation zuwenden und uns über Ihre Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine individuelle und sichere Behandlung. Sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Wir bitten Sie, uns eventuelle künftige Änderungen umgehend mitzuteilen.

Patienten-Name: _____ PATIENT
 Geburtsdatum: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Telefon Privat: _____
 Telefon Mobil: _____
 E-Mail: _____
 Beruf: * _____
 Arbeitgeber: * _____
 Telefon Arbeit: _____

Versicherter: _____
 Geburtsdatum: _____ VERSICHERTER
 Straße: _____ VERSICHERTER
 PLZ/Ort: _____ VERSICHERTER
 Hausarzt: _____
 Krankenversicherung gesetzlich
 privat Basistarif
 Name der Versicherung: _____
 beihilfeberechtigt ja nein
 Zahnzusatzversicherung vorhanden ja nein

Ihr Hauptanliegen

- Was ist Ihr Hauptanliegen? _____
- Liegen Probleme oder Beschwerden vor?

- Wann und bei wem war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

- Wann wurden Sie zuletzt geröntgt (Zähne, Kiefer)?

- Was haben Sie bisher (am meisten) vermisst?

- Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
 persönliche Empfehlung von * _____
 Internet / Homepage
 sonstiges: _____
- Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorge-/Kontrolltermin erinnert werden?
 telefonisch E-Mail schriftlich
 Dieser Service ist für Sie kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.

Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Hatten Sie schon einmal eine professionelle Zahnreinigung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Haben Sie häufig Kopf- oder Nackenschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Hätten Sie gern weißere Zähne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Stört Sie Ihre Zahnstellung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Haben Sie Kiefergelenkschmerzen oder -geräusche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Knirschen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Leiden Sie an Mundgeruch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 Haben Sie Schmerzen beim Genuss von Süßen oder Saurem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 17 Wünschen Sie eine Behandlung mit Betäubung (Anästhesie)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 Besteht oder bestand eine Abhängigkeit?
<input type="checkbox"/> Drogen/Medikamente <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 Hatten Sie schon einmal Operationen im Kopf-, Halsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/>
(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* freiwillige Angabe

weiter auf Seite 2 ▶

Gesundheits Fragebogen

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Herz-, Kreislaufkrankungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Herzoperation |

Allergien / Unverträglichkeiten

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lokalanästhetika | <input type="checkbox"/> Antibiotika |
| <input type="checkbox"/> Schmerzmittel | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Kunststoffe | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Metalle | <input type="checkbox"/> andere |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad _____ | |

Infektiöse Erkrankungen

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV / AIDS | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) _____ | |

Andere Erkrankungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> erhöhter Augeninnendruck
(Glaukom/Grüner Star) |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung/
Krebsleiden | <input type="checkbox"/> Behinderung |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Marcumar/Warfarin/Falithrom |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruckmedikament |
| <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin |
| <input type="checkbox"/> andere _____ |

Anästhesie-Aufklärung

Bei der Betäubung können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung/Bluterguss/allergische Reaktion/Krämpfe und Nervenschäden
Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Über folgende Themen möchte ich gern mehr erfahren:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kariesvermeidung | <input type="checkbox"/> Amalgamentfernung | <input type="checkbox"/> professionelle Zahnreinigung |
| <input type="checkbox"/> Zahnfarbene Füllungen | <input type="checkbox"/> Zahnfreundliche Ernährung | <input type="checkbox"/> Implantatversorgung |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Mundfrische | | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischerkrankungen | | <input type="checkbox"/> Kiefergelenkbehandlung |
| | | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 2 Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum, Unterschrift _____