

Gesundheitsfragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. 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. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Allgemeine Info: Die Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Wir behalten uns vor, reservierte Termine, insbesondere Prophylaxetermine, die **nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, in Rechnung zu stellen.**

Persönliches

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Arbeitgeber

Sind Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied (z.B. Kinder), bitte hier Versichertennehmer eintragen:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Nr.

PLZ/Ort

☐ Gesetzlich versichert

☐ Privatversichert

☐ Zusatzversicherung

☐ Basistarif

☐ Beihilfeberechtigt

☐ freie Kostenerstattung

Wollen Sie eine Erinnerung an die jährliche Kontrolle ?

SMS ☐ Email ☐

Wollen Sie eine Terminerinnerung?

SMS ☐

Wir versenden schriftliche Unterlagen (Rechnung etc.) bevorzugt per E-Mail. Sind sie damit einverstanden?

Ja ☐ Nein ☐

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name, Vorname

Ort

Allgemeine Gesundheitssituation (zutreffendes ankreuzen)

Hoher Blutdruck	☐	Schilddrüsenerkrankung	☐
Niedriger Blutdruck	☐	Nierenerkrankung	☐
Blutgerinnungsstörungen	☐	HIV	☐
Schlaganfall	☐	Hepatitis	☐
Diabetes	☐	Tuberkulose	☐
Bisphosphonate, Prolia	☐	MRSA	☐
Asthma	☐	Herzentzündung (Endokartitis)	☐
Herzklappe,- schrittmacher	☐	Osteoporose	☐

Andere Erkrankungen

Allergien/Materialunverträglichkeiten

z.B. Medikamente, ätherische Öle (Menthol, Orange...), Wespen, Bienen, Lebensmittel

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente zur **Blutverdünnung** ein? (z.B. Marcumar, Xarelto, ASS)

Nehmen Sie weitere Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Falls Sie einen Medikamentenplan haben, bitte ich Sie, diesen bei Ihrem nächsten Besuch bei uns, mitzunehmen!

Für weibliche Patienten:

Besteht Schwangerschaft? ☐ Wievielte SSW? _____

Ist ein Pflegegrad vorhanden, wenn ja welcher? _____

(Bei Anspruch auf Pflegegrad (gem. § 15 SGB XI) oder Eingliederungshilfe gem. (§ 53 SGB XII) erhalten Sie **zusätzliche Leistungen** der gesetzlichen Krankenkasse)

Ort, Datum

Unterschrift