

Gesundheitsfragebogen für Patienten

Liebe Patient*innen!

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 Anamnesebogen auszufüllen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Sollten Sie Hilfe beim Ausfüllen benötigen, sprechen Sie uns gerne an.

Patient

Name

Vorname

Geburtsdatum/-ort

Straße und Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon privat

Mobil

E-Mail

Liegt bei Ihnen ein **Pflegegrad** vor? ☐ Nein Wenn ja, welcher? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Kranken- kasse

☐ gesetzlich versichert

☐ freiwillig versichert

☐ privat versichert

☐ Zusatzversicherung

Versicherter/Zahlungspflichtiger/Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben)

Name

Vorname

Geburtsdatum/-ort

Straße und Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon privat

Mobil

E-Mail

Mein

Hausarzt

Name

Vorname

Telefon

Weshalb kommen Sie zu uns? (Stichworte genügen)

Bitte geben Sie uns im Folgenden Hinweise auf Erkrankungen

☐ Herzerkrankungen

☐ Herzschwäche (Insuffizienz)

☐ unregelmäßiger Herzschlag

☐ Herzschrittmacher

☐ Ich besitze einen Herzpass

☐ Kreislauferkrankungen

☐ zu hoher Blutdruck

☐ zu niedriger Blutdruck

☐ Herzinfarkt, wann? _____

☐ Schlaganfall, wann? _____

☐ Einnahme gerinnungshemmender Medikamente, wenn ja welche? _____

☐ Schwindelanfälle/Ohnmachtsanfälle

☐ Aids, HIV-positiv

☐ Creutzfeld-Jacob-Krankheit (CJK)

☐ MRSA („Krankenhauskeime“)

☐ Andere: _____

- ☐ **Kreberkrankungen** ☐ Wann? _____ ☐ Wo? _____
☐ **Sinnesorgane** ☐ Höreinschränkungen/Hörgerät/Tinnitus ☐ Seheinschränkungen ☐ Anderes _____
☐ **Anderere Erkrankungen** _____
☐ **Bluterkrankungen** ☐ Blutungsneigung (Hämophilie) ☐ Blutarmut (Anämie) ☐ Anderes _____
☐ **Bewegungsapparat** ☐ Erkrankungen des Skelettsystems ☐ Rücken-/Gelenkschmerzen ☐ künstliche Gelenke
 ☐ Rheuma/Polyarthriti/Gicht ☐ Multiple Sklerose ☐ Knochenstoffwechsel (Osteoporose)
☐ **Weitere Erkrankungen** ☐ Schilddrüsenkrankungen (o Über- ☐ Unterfunktion) ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes)
 ☐ Magen-Darm-Erkrankungen ☐ Lebererkrankungen ☐ Nieren-Blasen-Erkrankungen
☐ **Allergien** ☐ Asthma ☐ Penicillin-Überempfindlichkeit ☐ Ich besitze einen Allergiepass
 ☐ Überempfindlichkeit gegen: _____
☐ **Infektionskrankheiten** ☐ Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B) ☐ Tuberkulose
 ☐ Chronische Erkrankungen der Atemwege (Husten, etc.)

Weitere Angaben

- ☐ **Medikamente** ☐ Ich nehme keine Medikamente ☐ Ich habe einen Medikationsplan (Bitte Kopie vorlegen)
☐ Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein: _____

 (Bitte geben Sie auch Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Abführmittel an)
☐ Medikamente gegen Knochenstoffwechsel-Störungen
 (z.B. Bisphosphone, bitte auch angeben, wenn Sie diese nicht mehr einnehmen)
☐ Bei mir haben folgende Medikamente nicht gewirkt: _____
☐ **Schwangerschaft** ☐ Es besteht eine Schwangerschaft (Woche: _____) ☐ Ich bin nicht schwanger
☐ **Abhängigkeiten** ☐ Rauchen (_____ Zigaretten am Tag) ☐ Betäubungsmittel ☐ Drogen (welche): _____
☐ **Röntgen** ☐ Ich wurde zum letzten Mal geröntgt: _____ ☐ Ich besitze ein Röntgennachweisheft
Zähne und Mund Ich bin mit meinen Zähnen: ☐ zufrieden ☐ unzufrieden
Zahnpflege Welche Hilfsmittel zu Zahnpflege benutzen Sie?
☐ Handzahnbürste ☐ elektr. Zahnbürste ☐ Interdentalbürsten ☐ Zahnseide ☐ Munddusche ☐ Andere: _____
Prof. Zahnreinigung ☐ regelmäßig _____ Mal/Jahr
Pässe ☐ Bonusheft ☐ Implantatpass
Zur Behandlung ☐ Es gibt Menschen oder Dinge, die dabei sein sollen, wenn ich zur Behandlung komme.
 ☐ Ich hatte schon einmal Probleme bei einer Zahnbehandlung.
 ☐ Ich lege besonderen Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung.
Empfehlung ☐ Empfohlen/überwiesen, durch: _____

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Datenschutz / Verarbeitung personenbezogener Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)). Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben wir Ihnen ausgehändigt. Bitte bestätigen Sie uns den Erhalt der Information durch Ihre Unterschrift.

Hinweis in eigener Sache

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt uns die Versicherungskarte spätestens 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, betrachten wir Sie als Privatpatient und Sie erhalten eine private Rechnung über die Behandlung.

Wir führen eine Praxis mit Bestellsystem. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitte sagen Sie ihn rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher) ab. Wir weisen in diesem Zuge darauf hin, dass unentschuldig versäumte Termine in Rechnung gestellt werden können.

X

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter