



Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, Liebe Eltern!

Bitte füllen Sie folgende Kontaktdaten möglichst vollständig aus. Auch von unserer Seite kann es gelegentlich zu Terminänderungen kommen. Daher ist es sinnvoll wenn Sie zusätzlich zur Festnetznummer auch eine Handynummer und eine E-Mail-Adresse (sofern diese regelmäßig von Ihnen abgerufen wird) angeben. Wir versenden keine Werbung etc. per Mail! Alle Daten werden streng vertraulich gemäß der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Wir danken Ihnen im Voraus!

Patientenname: _____ Geburtsdatum Patient: _____

ggf. versichert über: _____ Geburtsdatum Versicherter: _____

Adresse Patient: _____
(ggf. auch vom Versicherten, wenn vom Patienten abweichend)

Versicherung: **gesetzlich** **privat**
 zusatzversichert **Beihilfe** **Beihilfeergänzungstarif**

Tel. privat: _____ Mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____ Tel. gesch.: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung: durch: _____ Persönliche Empfehlung:

Sonstiges: _____

Vorbehandler: _____ Hausarzt: _____

Sind in den letzten 24 Monaten Röntgenaufnahmen der Zähne (Einzelaufnahmen oder Übersichtsaufnahmen) angefertigt worden? ja nein

Wir weisen Sie hiermit darauf hin, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit und Arbeit an schweren Maschinen nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24h beeinträchtigt sein kann. Dies kann sowohl durch die Behandlung an sich der Fall sein, oder auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten die während der Behandlung angewendet werden. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Unterschrift: _____ **Löningen, den** _____

Wir möchten für unsere Kartei ein Gesichtsfoto von Ihnen bzw. Ihrem Kind anfertigen. Dies dient vor allem den Ärzten als Erinnerungsstütze und ist gerade bei anspruchsvollen Patientenfällen sehr sinnvoll, um Behandlungsplanungen möglichst individuell zu gestalten. Sie als Patient sind bei uns keine „Nummer“. Dieses Foto wird ausschließlich innerhalb der praxisinternen Software abgelegt, und weder veröffentlicht noch extern gespeichert oder abgerufen. Bitte geben Sie uns durch Ihre Unterschrift die Erlaubnis dazu. Vielen Dank im Voraus!

Unterschrift: _____ **Löningen, den** _____

BLATT BITTE WENDEN!



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, halten Sie bitte mit uns Rücksprache. Selbstverständlich unterliegen alle Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

- 1 Hatten oder Haben Sie/Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?
- a) Asthma Tuberkulose nein
 Zuckerkrankheit Leberkrankheiten
 Rheuma Hepatitis A/B/C (Gelbsucht)
 Bluterkrankungen Anfallsleiden (Epilepsie)
 Blutgerinnungsstörungen Schilddrüsenerkrankungen
 HIV-Infektion Ggf. seit wann: _____
 Krebserkrankung
- b) Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit ja nein
von Medikamenten bzw. Materialien Wenn ja welche? _____
- c) Herzinfarkt ja nein
Nehmen Sie Marcumar/ASS ja
Schlaganfall ja
Lähmungen ja
Ggf. wann/seit wann? _____
- 2 Leiden Sie/Ihr Kind unter Bluthochdruck? ja nein
- 3 Tragen Sie/Ihr Kind einen Herzschrittmacher? ja nein
- 4 Nehmen Sie/Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja welche? _____
- 5 Besteht eine Schwangerschaft? (bei Frauen und Jugendlichen) ja nein
- 6 Rauchen Sie/Ihr Kind? Wenn ja, Wieviel am Tag? _____ ja nein
- 7 Wünschen Sie/Ihr Kind bei Behandlungen eine örtliche Betäubung? ja nein
- 8 Traten oder Treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Betäubungen auf? ja nein
- 9 Haben Sie/Ihr Kind einen Röntgenpass? ja nein
- 10 Pressen oder Knirschen Sie/Ihr Kind mit den Zähnen?
- 11 Leiden Sie/Ihr Kind an Kopfschmerzen oder Migräne? ja nein
- 12 Möchten Sie an Vorsorge- und Prophylaxetermine erinnert werden? ja nein
- 13 Sind Sie/Ihr Kind ein Angstpatient? ja nein

Datum/ Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten: _____
(Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit ihrer Angaben.)