



## 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.)