

# Gesundheitsfragebogen

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, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

1/3

## Persönliche Daten

  
Nachname  
Vorname  
Beruf  
E-Mail-Adresse  
Telefon/Handy  
Anschrift  
Geburtsdatum

selbst versichert   versichert über:

  
Krankenversicherung  
Nachname  
Vorname  
Geburtsdatum

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

### Herz

- Ja   Nein Zustand nach Infarkt  
Ja   Nein Herzinsuffizienz  
Ja   Nein Muskelentzündung  
Ja   Nein Rhythmusstörungen  
Ja   Nein Herzklappenersatz  
Ja   Nein Schrittmacher/Bypass

### Kreislauf

- Ja   Nein niedriger Blutdruck  
Ja   Nein Bluthochdruck  
Ja   Nein Angina pectoris  
Ja   Nein Durchblutungsstörungen  
Ja   Nein Schlaganfall

### Augen

- Ja   Nein Grauer Star  
Ja   Nein Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

- Ja   Nein Asthma  
Ja   Nein Bronchitis

### Magen-Darm-Trakt

- Ja   Nein Magenerkrankung  
Ja   Nein Darmerkrankung

### Blase/Nieren

- Ja   Nein Nierenerkrankung  
Ja   Nein Dialyse  
Ja   Nein Leber (Gelbsucht, Hepatitis)

**Erkrankung des  
blutbildenden Systems**
Ja   Nein

Blutarmut

Ja   Nein

Bluter

**Bewegungsapparat**
Ja   Nein

Rheuma/rheumatoide Arthritis

Ja   Nein

Gicht

**Zentrales Nervensystem**
Ja   Nein

epileptische Anfälle

**Stoffwechsel**
Ja   Nein

Zuckerkrankheit

Ja   Nein

Schilddrüsenerkrankungen

**Infektionen und  
Gewebeerkrankungen**
Ja   Nein

HIV bzw. AIDS, Tuberkulose

Ja   Nein

Tumorerkrankungen

(Bestrahlung, Chemotherapie)

Ja   Nein

Röteln, Mumps, Masern,

Ja   Nein

Scharlach – akut bei Kindern

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen**
Ja   Nein

Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?

Ja   Nein

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja, welche?

Ja   NeinNehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? (evtl. Medikamentenliste abgeben)
Ja   Nein

Nehmen Sie Marcumar ein?

Ja   Nein

Nehmen Sie Bisphosphonate ein (Tumor, Osteoporose)?

Ja   Nein

Liegt eine Suchterkrankung vor – z. B. Alkohol, Drogen?

Ja   NeinBesitzen Sie einen Allergiepass?  
Wenn ja, gegen welche Stoffe/Medikamente sind Sie allergisch?
Ja   NeinTraten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche?
Ja   Nein

Sind Sie z. Zt. schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

Ja   Nein

Rauchen Sie? Wieviele Zigaretten pro Tag/pro Woche

Ja   Nein    Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus?

**Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:**

  
Name des Hausarztes  
Telefon  
Ort

### Administrative Informationen

Ja   Nein    Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

Ja   Nein    Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

per E-Mail     per Post     per SMS

Ja   Nein    Haben Sie einen Röntgenpass?

Ja   Nein    Sind Sie an einem Prophylaxeprogramm (professionelle Zahnreinigung) interessiert?

### Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, sowohl durch die Behandlung an sich als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

### Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Internet

Empfehlung

Sonstiges

Ja   Nein    Dürfen wir Ihre vorhandenen Patientendaten und Röntgenbilder nutzen?

*Wenn Sie dieses Formular digital ausfüllen und versenden, unterschreiben Sie es bitte bei Ihrem Besuch in unserer Praxis.*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift**