

GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine risikoarme Behandlung ist die gewissenhafte Beantwortung einiger Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand von besonderer Bedeutung.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Straße, Hausnr.: PLZ, Ort:

Telefon: E-Mail:

Versicherung:

gesetzlich freiwillig privat Beihilfe PKV-Basistarif

Besteht eine Zahnzusatzversicherung? Ja Nein

Hausarzt: Telefon:

Beruf: Arbeitgeber:

A. ALLGEMEINMEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

JA | NEIN

Waren Sie während der letzten Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher/
zahnärztlicher Behandlung? Wann ja, Grund:

.....

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....

1/3 | WEITER GEHT ES AUF DER NÄCHSTEN SEITE! »

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen

- | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> | Herzklappenerkrankung/ -ersatz | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt, Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | | Endokarditis-Prophylaxe | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> | Immunschwäche (HIV/ AIDS) | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen (Hepatitis A, B, C) | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankung: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> COPD | | Tuberkulose | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankung (Glaukom) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Einnahme von Bisphosphonaten | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | Neigen Sie zur Ohnmacht? | <input type="checkbox"/> |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> | Sonstige Erkrankungen/ Infektionen | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? (..... Zigaretten/Tag) | <input type="checkbox"/> | Welche? | <input type="checkbox"/> |
| Allergien/ Allergiepass? | <input type="checkbox"/> | | |
| Folgende Allergien: | | | |
| | | Schwangerschaft (Ja/Vielleicht) | <input type="checkbox"/> |

JA | NEIN

Leiden Sie oft an Migräne, Kopfschmerz, Nackenverspannungen, Rückenschmerz, Ohrgeräusche, Tinnitus? Zutreffendes bitte **zusätzlich** unterstreichen.

A. ZAHNÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Haben Sie Beschwerden an Zähnen oder Zahnfleisch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihre Kaufähigkeit beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk/ Gesichtsbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzen Sie außer Zahnbürste/ Zahnpasta andere Mundhygienemittel?
Welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hatten Sie eine Kieferregulierung (Zahnspange)?
Ihr **Hauptanliegen** für Ihren heutigen Praxisbesuch:

.....
.....

2/3 | WEITER GEHT ES AUF DER NÄCHSTEN SEITE! »

Ich wünsche eine gezielte Beratung über:

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|
| Implantate | <input type="radio"/> | Kinderprophylaxe | <input type="radio"/> |
| Prophylaxe/ prof. Zahnreinigung | <input type="radio"/> | Beratung für Schwangere | <input type="radio"/> |
| Zahnregulierung (Zahnsperre) | <input type="radio"/> | Bleaching | <input type="radio"/> |
| Parodontalbehandlung | <input type="radio"/> | Schöneres Lächeln | <input type="radio"/> |
| Amalgamaustausch/ -alternativen | <input type="radio"/> | Schmerzbehandlung | <input type="radio"/> |
| Angstfreie Behandlung | <input type="radio"/> | Heimbehandlung | <input type="radio"/> |
| Kiefergelenk-Behandlung (CMD) | <input type="radio"/> | Anti-Schnarchtherapie | <input type="radio"/> |
| Zahnersatz | <input type="radio"/> | Strahlenfreie Kariesdiagnostik | <input type="radio"/> |

Weitere:

.....

- Bitte erinnern Sie mich an meine **nächste Vorsorge** via: E-Mail SMS Brief
 Bitte lassen Sie mir auch den kostenlosen **Praxis-Newsletter** per E-Mail zukommen.

Ich komme auf Empfehlung von:

.....

Wichtig! Ihre Termine sind für Sie reserviert. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um Absage mindestens 24 Stunden vorher. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Ihnen ansonsten die Kosten für die eingeplante Zeit in Rechnung stellen. Vielen Dank!

Ort, Datum

Unterschrift



JETZT GLEICH UND HIER:
CODE SCANNEN. KONTAKTDATEN ABSPEICHERN.

wie praktisch!

3/3 | GESCHAFFT! VIELEN DANK!