

Zahnarztpraxis
Homeira Khafi – Krumwiede
& Kollegen
Buchenring 5 & Zu den Führen 5
31634 Steimbke
Gesundheitsfragebogen



Liebe Patienten,

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.

Name: Vorname:
Geb.Datum: Geburtsort:
Telefonnummer privat: mobil: dienstlich:
E-Mail Adresse:

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Titel: Arzt: Ort: Telefon:

BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN!!!

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- ☐ Zustand nach Infarkt. wann ?
- ☐ Herzinsuffizienz
- ☐ Muskelentzündung
- ☐ Verengung der Herzkranzgefäße
- ☐ Rythmusstörungen
- ☐ Bypassoperation
- ☐ Herzklappenersatz-oder Erkrankung der Herzklappe
- ☐ Schrittmacher
- ☐ Herzerkrankungen
- ☐ Endokarditis-Prophylaxe
- ☐ Herzpass
- ☐ Angina pectoris

Kreislauf

- ☐ niedriger Blutdruck
- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Durchblutungsstörungen
- ☐ Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- ☐ Blutarmut
- ☐ Bluter bzw. Blutgerinnungsstörungen

Augen

- ☐ Grauer Star
- ☐ Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- ☐ Asthma
- ☐ Bronchitis
- ☐ weitere Lungenerkrankungen

Blase-Nieren

- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Dialyse-Pflicht

Leber

- ☐ Gelbsucht
- ☐ Hepatitis

Bew egungsapparat

- ☐ Rheuma
- ☐ Osteoporose

Zentrales Nervensystem

- ☐ Epileptische Anfälle
- ☐ Ohnmachtsneigung

Stoffwechsel

- ☐ Zuckerkrankheit
- ☐ Schilddrüsenüberfunktion
- ☐ Schilddrüsenunterfunktion
- ☐ Schilddrüsentotaloperation

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ☐ HIVbzw.AIDS,Tuberkolose
- ☐ Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- ☐ Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- ☐ Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- ☐ Haben Sie eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?
- ☐ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?
- ☐ Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Oder Rauchen Sie?
Wenn ja, welche?
- ☐ Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?
Wenn ja, welche?
- ☐ Besitzen Sie einen Allergiepass?
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?
- ☐ Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?
Wenn ja, welche?
- ☐ Sind Sie z.Zt. schwanger oder stillen Sie?
Wenn Ja, in welchem Monat?
- ☐ Frühere Röntgenuntersuchungen?
Wenn ja, von wann?
- ☐ Besitzen Sie einen Röntgenpass?
- ☐ Haben Sie einen Bescheid der Pflegekasse (Pflegegrad, vorher Pflegestufe) oder einen Bescheid über eine Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII?

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- ☐ Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- ☐ Dürfen wir Ihrem Ehepartner und / oder Familienangehörigen Informationen über Termine, Zahnersatzkosten etc. für Sie mitteilen, falls Sie nicht persönlich zu erreichen sind?
- ☐ Bei Privatversicherten: Sind Sie beihilfeberechtigt?
- ☐ Was machen Sie beruflich?
- ☐ Wann war Ihre letzte zahnärztliche Kontrolle?
- ☐ Wer war Ihr vorheriger Zahnarzt?
- ☐ Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung?

Zahnmedizinisch relevante Erkrankungen:

- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Migräne
- ☐ Tinnitus
- ☐ Nackenbeschwerden
- ☐ Kiefergelenksbeschwerden

Recall

- ☐ Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?
wenn ja: telefonisch ☐ oder Postkarte ☐

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen der Anamnese zu informieren und bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen.

Steimbke, den:

Unterschrift:

Weitere wichtige Informationen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar 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.

Wir sind eine Bestellpraxis und bitten Sie deshalb, reservierte Termine falls notwendig rechtzeitig (mind. 24

Stunden) vorher abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten damit einen großen Gefallen.

Ausfallzeiten können nach §§ 615/ 280 BGB in Rechnung gestellt werden.

Steimbke, den:

Unterschrift: