



Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte/r Patient/in,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Gesundheitsfragebogen vollständig auszufüllen und uns eventuelle Änderungen Ihres gesundheitlichen Allgemeinzustandes vor jeder Behandlung mitzuteilen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Patient

Name, Titel	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Tel / Handy
Email	Beruf	Hausarzt / Internist
Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	

Zahnärztliche Gesundheitsfragen

Was ist der Grund des Besuchs bzw. haben Sie spezielle Wünsche?

Welche Punkte treffen auf Sie zu?

Zahnarztangst	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Kiefergelenksbeschwerden	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Empfindliche Zähne	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Knirschen / Pressen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zahnfleischbluten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Kopfschmerzen, Migräne	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zahnfleischschwund	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nackenschmerzen, Verspannungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Mundgeruch	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Schnarchen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Stress	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10		

Sind Sie zufrieden mit Ihren Zähnen / Ihrem Lächeln?

Zahnfarbe	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Zahnform	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Zahnstellung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Zahnfleisch	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Insgesamt	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10		

bitte wenden →

Allgemeine Gesundheitsfragen

Bestehen Erkrankungen folgender Art? Bitte Zutreffendes unterstreichen bzw. ergänzen!

<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Herz-/Kreislaufsystem	Herzklappenfehler-/ersatz, Infarkt, Schrittmacher, Endokarditis, Angina pectoris, hoher/niedriger Blutdruck, ...	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Blutgerinnungsstörungen	Lange Blutungsdauer nach Verletzung, Neigung zu blauen Flecken, ...	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Infektionskrankheiten	Hepatitis A/B/C, HIV / AIDS, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Hautkrankheiten, ...	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Internistische Erkrankungen	Diabetes (Zucker), Leber (Gelbsucht, Zirrhose), Niere (Dialyse), Magen-Darm-Erkrankungen, Lunge (Asthma, COPD, etc.), ...	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Anfallsleiden und Nervenerkrankungen	Epilepsie, Depression, ...	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Allergien, Arzneimittel-unverträglichkeiten	Latex, Iod, Amalgam, Antibiotika, Anästhetika, ...	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	ASS (Aspirin), Marcumar, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Plavix, Godamed, Bisphosphonate, Immunsuppressiva, Schmerzmittel, ...	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Sonstiges	Bestrahlung, Chemotherapie, Tumorerkrankungen, Osteoporose, künstliche Gelenke, grüner Star, ...	
Sind Sie schwanger?	<input type="radio"/> Ja ____ Woche <input type="radio"/> Nein	Befinden Sie sich in der Stillzeit?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Ja ____ Zigaretten pro Tag <input type="radio"/> Nein	Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Fahrtauglichkeit / Anästhetika

Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein und zwar sowohl durch die Behandlung an sich als auch durch den Einfluss von Injektionen oder Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gerne ein Taxi.

Auch kann in seltenen Fällen nach einer Leitungsanästhesie (Betäubungsspritze im Unterkiefer) trotz fachgerechter Behandlung ein Ausfall der Unterlippensensibilität auftreten. Wenn Sie Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an!

Erklärung Terminversäumnis

Ihre Zeit und Ihre Gesundheit sind uns wichtig! Deshalb wird unsere Praxis nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlung Ihrer Zähne erfolgt nach einem genau festgelegten Zeitplan. Ihre Behandlungszeit ist nur für Sie reserviert! Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden vorher um Nachricht. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir versäumte oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine mit 45 Euro pro Viertelstunde in Rechnung stellen müssen.

Datenschutz

Bitte bestätigen Sie, dass Sie die dem Gesundheitsfragebogen beigelegten Informationen und Regelungen zur Nutzung & Erhebung von Daten zur Kenntnis genommen haben und mit diesen einverstanden sind.

Möchten Sie in unser automatisches Wiederbestellsystem aufgenommen werden, um an Ihre Prophylaxe- & Vorsorgetermine erinnert zu werden?

Anruf Email SMS Brief

Bamberg, den _____ Unterschrift _____