

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,
alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
Fragen Sie bei Unklarheiten bitte im persönlichen Gespräch nach.

PATIENT	VERSICHERTER
Patienten-Name: _____	Versicherter: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsdatum: _____
Straße: _____	Straße: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon Arbeit: _____	
Telefon Privat: _____	Krankenversicherung <input type="radio"/> gesetzlich
Telefon Mobil: _____	<input type="radio"/> privat <input type="radio"/> Basistarif
E-Mail: _____	Name der Versicherung: _____
Hausarzt: _____	beihilfeberechtigt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Hauszahnarzt: _____	Zahnzusatzversicherung vorhanden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beruf: _____	

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
1 Bluterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Herzklappenfehler <input type="radio"/> Herzklappenersatz		
3 Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Endokarditis <input type="radio"/> Herzschrittmacher		
3.1 HIV-Infektion / AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Herzinfarkt		
3.2 TBC / Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.1 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) wann? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8 Wie ist Ihr Blutdruck?		
4 Allergien (Wenn ja, welche?) _____ _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> hoch		
4.1 Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	9 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.1 Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Bestrahlung im Kieferbereich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	12 Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			13 Immunschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

bitte wenden

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
14 Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="radio"/> unsicher <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____		
16 Nierenerkrankungen oder -anomalien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24 Haben Sie häufig Kopf- oder Gesichtsschmerzen <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17 Lebererkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	oder Muskelschmerzen / Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?		
18 Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19 Tumore / Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	26 Haben Sie Interesse an einer angstfreien, entspannten Behandlung unter Sedierung oder Narkose? <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
20 Andere Erkrankungen (welche?) _____ _____ _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	27 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung? <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
21 Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Mittel ein? <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		28 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? <input type="radio"/>		
<input type="radio"/> Blutverdünner (z. B. Marcumar / Clopidogrel / ASS)			<input type="radio"/> Überweisung durch Dr. _____		
<input type="radio"/> andere _____ _____ _____			<input type="radio"/> persönliche Empfehlung von _____		
			<input type="radio"/> Internet / Homepage		
22 Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____ <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Telefonbuch / Das Örtliche / Gelbe Seiten		
			<input type="radio"/> sonstiges: _____ _____		

Anästhesie-Aufklärung

Im Laufe der Behandlung besteht die Möglichkeit einer örtlichen Betäubung der vom Zahn oder vom Operationsgebiet wegführenden Nerven (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie). Spezielle Risiken sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden.

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

Datum, Unterschrift _____