

## Gesundheitsfragebogen

Um bei Ihrer Behandlung alle Risiken einschätzen zu können und die für Sie optimale Therapie zu wählen, beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name (Patient/in) \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Versicherter (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

**Name des Kostenträgers?** \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse oder Versicherung \_\_\_\_\_

freiwillig versichert  beihilfeberechtigt  zusatzversichert

Haben Sie eine Pflegestufe? \_\_\_\_\_ Welchen Bonusanspruch haben Sie? \_\_\_\_\_ %

Angaben zu Ihrer Gesundheit	Ja	Nein	Erläuterung
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie unter Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Geräusche im Bereich des Kiefers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie an Schmerzen am Kopf oder Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sind bei Ihnen Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten:</b>			
•Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Blutgerinnungsstörungen Nehmen Sie regelmäßig hiergegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Herz-Kreislaufferkrankungen (Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzschrittmacher etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Infektionskrankheiten ( HIV/Hepatitis/Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
•Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Wurden Sie in den vergangenen Jahren operiert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Besteht eine Schwangerschaft?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Angaben zu Ihrer Gesundheit	Ja	Nein	Erläuterung
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wann waren Sie zuletzt beim Zahnarzt? _____			

## Ihre Wünsche und Bedürfnisse

- Haben Sie Interesse an einer Implantat - Versorgung?  ja  nein  
 ich hätte gerne mehr Informationen
- Haben Sie Interesse an einer Prophylaxe/Zahnreinigung?  ja  nein  
 ich hätte gerne mehr Informationen
- Lehnen Sie eine Versorgung mit Amalgam grundsätzlich ab?  ja  nein  
 ich hätte gerne mehr Informationen
- Empfinden Sie Angst /Unwohlsein vor der Behandlung?  ja  nein
- Sind Sie zufrieden mit dem allgemeinen Aussehen Ihrer Zähne und Ihres Lächelns?  ja  nein
- Haben Sie weitere Wünsche oder Bedürfnisse?  ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Ich möchte an Recall teilnehmen, das heißt, ich werde in regelmäßigen Abständen an die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnert (Sichern Sie sich Ihren Bonusanspruch):

- Ja, ich möchte erinnert werden  
und bevorzuge die Kontaktaufnahme per  Brief  E-Mail
- Nein, ich möchte nicht erinnert werden

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben. Falls sich mein Gesundheitszustand ändert, teile ich es Ihnen mit.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Als gesetzlich krankenversicherte/r Patient/in müssen Sie uns bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorlegen, da Ihnen ansonsten die Kosten für die Behandlung privat in Rechnung gestellt werden müssen.

Liebe/r Patient/in, wir sind eine Bestellpraxis. Wenn wir unsere Zeit für Sie reservieren und Sie nicht erscheinen, sind weder der Zahnarzt noch seine Mitarbeiter in dieser Zeit beschäftigt. Daher bitten wir Sie, für den Fall, dass Sie Ihre Behandlungszeit nicht wahrnehmen können, rechtzeitig (das heißt möglichst 24 Stunden vorher) abzusagen. Sie erweisen uns und Ihren Mitpatienten einen großen Gefallen. Bei mehrmaligem Nichterscheinen ohne vorherige Absage können wir Ihnen aus organisatorischen Gründen keine festen Termine mehr geben. Ausfallzeiten können nach §§ 615 Satz BGB, 287 ZPO berechnet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift