

# Gesundheitsfragebogen

## Patientendaten

Name \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

## Kontaktdaten

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine Termin-  
erinnerung per SMS?

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?    Empfehlung     Internet     Sonstiges

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.

## Haben oder hatten Sie eine der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?

**Neigen Sie zur Ohnmacht?**            Nein     Ja

**Blutdruckstörungen**            Nein     zu niedrig     zu hoch

**Herzerkrankung/Herzpass  
welche?**            Nein     Ja

.....  
.....

**Blutungsneigung?**            Nein     Ja   
(Marcumar? Plavix? Xarelto? Aspirin?)

**Infektionserkrankungen: HIV**      Nein       Ja

**Hepatitis**      Nein       Ja

wenn ja, welche Art?    A     B     C     andere

**TBC**      Nein       Ja

**Zuckerkrankheit/Diabetes**      Nein       Ja

**Schilddrüsenerkrankung**      Nein       Ja

**Lungenerkrankung/  
Atembeschwerden**      Nein       Ja

**Lebererkrankung**      Nein       Ja

**Nierenerkrankung**      Nein       Ja

**Nervenerkrankung**      Nein       Ja

**Neigung zu Krämpfen/  
Epilepsie**      Nein       Ja

**Augenkrankheit/  
grüner Star/ grauer Star**      Nein       Ja

Sonstige Erkrankungen, die nicht aufgeführt sind?

.....

Sind Sie in ständiger ärztlicher Behandlung?

Nein     Ja  , wegen .....

bei welchem Arzt?

.....

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?

Nein     Ja  , folgende .....

Haben Sie eine Medikamentenüberempfindlichkeit?

Nein     Ja  , gegen .....

Sonstige Allergien:

.....

Nehmen/bekamen Sie Tabletten oder Spritzen (Bisphosphonate) zur Behandlung von z.B. Osteoporose oder Knochenmetastasen? (*Bisphosphonate wie z.B.: Zometa, Aredia, Bonviva, Bondronat, Fosamax, Fosavance, Skelid, Bonafos, Didroneil*)

Nein     Ja

Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Zahn- bzw. Kieferröntgenaufnahmen gemacht?

Nein     Ja

Rauchen Sie?

Nein  Ja  , wie viel? ...../Tag

Für Patientinnen: sind Sie schwanger?

Nein  Ja

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

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.

Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich spätestens 24 Stunden vorher absagen, da ansonsten die durch mein Fehlbleiben entstandenen Kosten gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden können.

Berlin, den ..... Unterschrift .....