

# Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrter Herr Öztas,

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.

## Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- ☐ Herz- und Kreislaufbeschwerden?
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Herzerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Wenn ja, welche?
- ☐ Ohnmachtsneigung?
- ☐ Infektionskrankheit TBC, Gelbsucht etc. ?
- ☐ Blutkrankheit, Blutungsneigung?
- ☐ Creutzfeldt-Jakob-Krankheit?
- ☐ Osteoporose?
- ( ja ) ( nein ) Wenn ja nehmen Sie Bisphosphonate ein?
- ☐ Diabetes
- ( ja ) ( nein ) aktueller HBA 1C Wert
- ☐ Rheuma?
- ☐ Leberkrankheit / Hepatitis?
- ☐ Schilddrüsenerkrankung?
- ☐ HIV / Aids
- ☐ Epilepsie

Hausarzt

**Titel:**

**Arzt:**

**Ort:**

**Telefon:**

## Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- ( ja ) ( nein ) Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- ( ja ) ( nein ) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- ( ja ) ( nein ) Befanden Sie sich in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf/ Kieferbereich geröntgt worden?
- ( ja ) ( nein ) Schnarchen Sie?
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie eine Zahnprothese oder Implantate?
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie Endoprothesen? z.B. künstliche Hüfte etc., wenn ja welche ?
- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol zu sich?  
Wenn ja, wieviel?.....
- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Drogen?  
Wenn ja, wie häufig?
- ( ja ) ( nein ) Rauchen Sie?  
Wenn ja wieviel?
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Besitzen Sie einen Allergiepass?
- ( ja ) ( nein ) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie z.Zt. schwanger?  
Wenn Ja, in welchem Monat?.....

## Weitere administrativ wichtige Informationen:

- ( ja ) ( nein ) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- ( ja ) ( nein ) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?
- ( ja ) ( nein ) Besitzen sie einen Röntgenpass?
- ( ja ) ( nein ) Sind sie mit dem Aussehen und der Passung ihrer Zähne zufrieden?
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie eine Pflegestufe oder Eingliederungshilfe
- ( ja ) ( nein ) Ihre Telefonnummer / email Adresse

### **Hinweis zu Datenschutz und Schweigepflicht**

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten, speichern und an mit- bzw. weiterbehandelnde Ärzte weitergegeben darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder Gesetze entgegenstehen.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Datenschutzgesetzen und werden daher streng vertraulich behandelt.

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Hemsbach, den ..... Unterschrift .....