



Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

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.

Anschrift Patient

Straße
PLZ
Ort
Tel.

Versicherte Person

Name, Vorname.....
Geburtsdatum
Adresse (falls abweichend)
.....
Krankenkasse
Beruf
Arbeitgeber

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

Zustand nach Infarkt	ja	nein
Herzinsuffizienz	ja	nein
Verengung d. Herzkranzgefäße	ja	nein
Rhythmusstörungen	ja	nein
Bypassoperation	ja	nein
Herzklappenersatz	ja	nein
Schrittmacher	ja	nein

Kreislauf

niedriger Blutdruck	ja	nein
Bluthochdruck	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein

Stoffwechsel

Zuckerkrankheit	ja	nein
Schilddrüsenüberfunktion	ja	nein
Schilddrüsenunterfunktion	ja	nein

Erkrankung des blutbildenden Systems

Blutarmut	ja	nein
Bluter	ja	nein

Atmungswege/Lunge

Asthma	ja	nein
Bronchitis	ja	nein

Blase-Nieren

Nierenerkrankung	ja	nein
Dialyse	ja	nein

Leber

Gelbsucht	ja	nein
Hepatitis	ja	nein

Zentrales Nervensystem

epileptische Anfälle	ja	nein
----------------------	----	------

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

HIV bzw. AIDS, Tuberkulose ja nein
Tumorerkrankungen ja nein

(Bestrahlung, Chemotherapie)

Zahnärztliche Fragen

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein
Interessieren Sie sich für Alternativen zur Amalgamfüllung? ja nein
Interessieren Sie sich für eine professionelle Zahnreinigung? ja nein

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Wer ist der behandelnde Arzt? Tel.

Medizinisch wichtige Informationen:

Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken? ja nein
Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung? ja nein
Wenn ja, welche ?.....
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche ?.....
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? ja nein
Wenn ja, welche ?.....
Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? ja nein
Wenn ja, welche ?.....
Besteht bei Ihnen derzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Weitere wichtige Informationen:

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

Wichtige Information

Wir sind immer bemüht, unseren Patienten lange Wartezeiten zu ersparen. Um dies gewährleisten zu können, sind wir darauf angewiesen, das wir rechtzeitig erfahren, falls Sie wider Erwarten am vereinbarten Termin verhindert sein sollten. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine rechtzeitig, am besten 24 Stunden vorher, abzusagen. Unser Zeitmanagement kann durch unvorhergesehene Ereignisse (z.B. Schmerzpatienten) kurzfristig gestört werden. Die dadurch entstehenden Verzögerungen bei den regulären Terminen bitten wir zu entschuldigen.

Für gesetzlich versicherte Patienten

Wir benötigen Ihre Krankenversichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns auch nach 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, so betrachten wir Sie als Privatpatient. Sie erhalten dann eine Rechnung der geleisteten Arbeiten nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) .

Abrechnung

Gerne bieten wir Ihnen bei höheren Eigenanteilen die Möglichkeit der Teilzahlungen an. Bei Interesse informieren Sie sich bitte vor Behandlungsbeginn an der Rezeption.

Mönchengladbach, den

Unterschrift