

# 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.

- ( ja ) ( nein ) Sind Sie gesetzlich versichert?
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie freiwillig versichert ?
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie Privat versichert?
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie in einem Basistarif versichert?
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie bei der Beihilfe versichert?
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie eine Faktor-Begrenzung in Ihrem Versicherungsvertrag ?
- ( ja ) ( nein ) Besteht bei Ihnen ein Pflegegrad ?
- ( ja ) ( nein ) Besteht bei Ihnen eine Eingliederungshilfe ?

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz

- ( ja ) ( nein ) Zustand nach Infarkt  
Jahresangabe :
- ( ja ) ( nein ) Herzinsuffizienz
- ( ja ) ( nein ) Muskelentzündung
- ( ja ) ( nein ) Verengung der Herzkranzgefäße
- ( ja ) ( nein ) Rythmusstörungen
- ( ja ) ( nein ) Bypassoperation
- ( ja ) ( nein ) Herzklappenersatz
- ( ja ) ( nein ) Schrittmacher

### Kreislauf

- ( ja ) ( nein ) niedriger Blutdruck
- ( ja ) ( nein ) Bluthochdruck
- ( ja ) ( nein ) Angina pectoris
- ( ja ) ( nein ) Durchblutungsstörungen
- ( ja ) ( nein ) Schlaganfall  
Jahresangabe :

### Erkrankung des blutbildenden Systems

- ( ja ) ( nein ) Blutarmut
- ( ja ) ( nein ) Bluter

### Augen

- ( ja ) ( nein ) Grauer Star
- ( ja ) ( nein ) Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

- ( ja ) ( nein ) Asthma
- ( ja ) ( nein ) Bronchitis

### Magen-Darm-Trakt

- ( ja ) ( nein ) Magenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Darmerkrankung

### Blase-Nieren

- ( ja ) ( nein ) Nierenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Dialyse

### Leber

- ( ja ) ( nein ) Hepatitis A
- ( ja ) ( nein ) Hepatitis B
- ( ja ) ( nein ) Hepatitis C

### **Bewegungsapparat**

- ( ja ) ( nein ) Rheuma
- ( ja ) ( nein ) Osteoporose
- ( ja ) ( nein ) Planen Sie in nächster Zeit einen Gelenkersatz wann ?

### **Zentrales Nervensystem**

- ( ja ) ( nein ) epileptische Anfälle

### **Vegetatives Nervensystem**

- ( ja ) ( nein ) Kopfschmerzen
- ( ja ) ( nein ) Migräne

### **Stoffwechsel**

- ( ja ) ( nein ) Zuckerkrankheit
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenüberfunktion
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenunterfunktion

### **Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

- ( ja ) ( nein ) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- ( ja ) ( nein ) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- ( ja ) ( nein ) Creuzfeldt-Jakob-Krankheit / Neue Variante der Creuzfeldt-Jakob-Krankheit(vCJK)
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie MRSA-Träger
- ( ja ) ( nein ) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

**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 ) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) besteht oder bestand eine Bisphosphonat-Therapie
- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?  
 °ASS                                      °Marcumar                                      °Clopidogrel  
         °Aspirin                                      °Ticlopidin                                      °Plavix
- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( 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?.....
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie Angst vor der Behandlung?
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?
- ( ja ) ( nein ) Rauchen Sie, wenn ja, wieviel?
- ( ja ) ( nein ) Schnarchen Sie beim Schlafen? Haben Sie morgens einen trockenen Mund beim Aufwachen?

### **Weitere administrativ wichtige Informationen:**

- ( ja ) ( nein ) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- ( ja ) ( nein ) Möchten Sie an unserem kostenfreien Recall-System teilnehmen, so daß wir Sie automatisch an Ihre Vorsorgetermine erinnern?

**Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie ihre Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, andernfalls müssen wir Ihnen die nur für Sie reservierte Zeit mit 75 € je halbe Stunde in Rechnung stellen.**

**Um uns verwaltungstechnische Angelegenheiten zu erleichtern bitten wir um Angabe ihrer**

**Mobil-Nr.:**

**E-mail:**

**Sie konnten sich über die neue EU-DSGVO laut Aushang im Wartezimmer über die Verarbeitung Ihrer Daten, sowie über die Informationspflicht unseres Abrechnungszentrum BFS ausreichend informieren. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme.**

### **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.

Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

**Nervschädigung:** Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungenhälfte oder Unterkiefer- oder Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muß abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie Ihren Zahnarzt.

**Selbstverletzung:** Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile ( z.B. Zunge,Wange,Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

Freiburg, den ..... Unterschrift .....