

# Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte(r) Herr/Frau .....

wir möchten Sie grundsätzlich optimal betreuen können und dazu benötigen wir von Ihnen einige Informationen zu Ihrer Gesundheit bzw. Ihren Wünschen/Vorstellungen. Nehmen Sie sich daher bitte ein wenig Zeit, um diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Bei Rückfragen stehen wir gerne persönlich zur Verfügung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.  
Zunächst benötigen wir von Ihnen persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ Provider: O D1 O D2 O E-Plus O Sonstige  
Arbeitgeber (bei Bedarf): \_\_\_\_\_ Arbeitbertelefon: \_\_\_\_\_

Es folgen jetzt die weiteren Fragen:  
Bitte streichen sie bei den Antworten jeweils Nichtzutreffendes!

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe/Körpersysteme?

### Herz

- ( ja ) ( nein ) Zustand nach Infarkt?
- ( ja ) ( nein ) Herzinsuffizienz?
- ( ja ) ( nein ) Verengung der Herzkranzgefäße/Angina pectoris?
- ( ja ) ( nein ) Rhythmusstörungen?
- ( ja ) ( nein ) Bypassoperation?
- ( ja ) ( nein ) Künstliche Herzklappe(n)?
- ( ja ) ( nein ) Schrittmacher?

### Kreislauf

- ( ja ) ( nein ) erniedrigter Blutdruck?
- ( ja ) ( nein ) erhöhter Blutdruck?
- ( ja ) ( nein ) Durchblutungsstörungen?
- ( ja ) ( nein ) Schlaganfall?

### Erkrankung des blutbildenden Systems

- ( ja ) ( nein ) Blutarmut?
- ( ja ) ( nein ) Bluter/verlangsamte Blutgerinnung?

### Augen

- ( ja ) ( nein ) Glaukom/Grüner Star (erhöhter Augeninnendruck)?

### Atmungswege/Lunge

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

### Magen-Darm-Trakt

- ( ja ) ( nein ) Magenerkrankungen?
- ( ja ) ( nein ) Darmerkrankungen?

### Blase-Nieren

- ( ja ) ( nein ) Nierenerkrankungen?  
( ja ) ( nein ) Dialyse?

### Leber

- ( ja ) ( nein ) Leberinsuffizienz?  
( ja ) ( nein ) Hepatitis?  
Wenn ja, welcher Typ? \_\_\_\_\_

### Bewegungsapparat

- ( ja ) ( nein ) Rheuma?  
( ja ) ( nein ) Rheumatoide Arthritis?

### Zentrales Nervensystem

- ( ja ) ( nein ) Epileptische Anfälle?

### Stoffwechsel

- ( ja ) ( nein ) Zuckerkrankheit/Diabetes?  
( ja ) ( nein ) Schilddrüsenüberfunktion?  
( ja ) ( nein ) Schilddrüsenunterfunktion?

### Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ( ja ) ( nein ) HIV-Infektion bzw. AIDS?  
( ja ) ( nein ) Tumorerkrankungen/Krebs?  
Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) Stehen Sie aktuell unter Strahlen- bzw. Chemotherapie?

### Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- ( ja ) ( nein ) Leiden Sie an anderen, hier nicht aufgeführten Erkrankungen?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Stoffe oder Medikamente?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) Besitzen Sie einen Allergiepass? Wenn ja, legen Sie diesen bitte zur Anfertigung einer Kopie vor!  
( ja ) ( nein ) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen/Betäubungen auf?  
Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_  
( ja ) ( nein ) Besteht eine Schwangerschaft?  
Wenn ja, in welcher Woche/welchem Monat? \_\_\_\_\_

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

**Titel:**      **Arzt:**      **Ort:**      **Telefon:**

Aus welchem Grund suchen Sie die Praxis auf?

- Routinekontrolle  
 Schmerzen  
 Sonstige Gründe/spezielle Wünsche (bitte kurz erläutern) \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Behandlerwechsel, da mit früherer Behandlung unzufrieden - warum? \_\_\_\_\_  
 Zahnarztwechsel, da umgezogen  
 Empfehlung durch Bekannte; wir freuen uns, wenn Sie verraten, wer uns empfiehlt: \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie das Aussehen Ihrer Zähne?

- Gefallen mir

Gefallen nicht - warum ? \_\_\_\_\_

Was denken Sie über den Zustand Ihres Zahnfleisches?

Ist gesund und gefällt mir

Erscheint nicht gesund bzw. gefällt nicht - warum? \_\_\_\_\_

Ist Ihnen Ästhetik/Schönheit/Optik wichtig?

Ja

Nein

Haben Sie weitere spezielle Fragen oder Wünsche? Bitte stichpunktartig notieren.

\_\_\_\_\_

Ein Behandlungsschwerpunkt unserer Praxis ist Prophylaxe, also die individuelle Betreuung zur VERMEIDUNG von Erkrankungen. Karies ("Löcher") und Parodontitis ("Zahnfleischentzündung", "Zahnfleischrückgang") müssen heute nicht mehr auftreten. Dazu entwickeln wir zusammen mit Ihnen für Sie ein persönliches Betreuungskonzept. Sind Sie grundsätzlich interessiert, sich einem solchen Konzept anzuschließen?

Ja

Nein

Weiß ich nicht, weil ich noch mehr Informationen brauche

Routinemässige Kontrollen der Zahngesundheit werden im Stress des heutigen Alltags gerne übersehen.

Wir übernehmen diese Erinnerung als Service selbstverständlich für Sie. Dazu benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ich stimme der Aufnahme in ein automatisches Recall-System zu - das Behandlungsintervall richtet sich nach persönlicher Notwendigkeit.

Nein, ich denke selbst an regelmässige Betreuungstermine zum Erhalt meiner Gesundheit.

Sind Sie daran interessiert, an Ihre Behandlungstermine per SMS über Ihr Mobiltelefon erinnert zu werden?

Ja

Nein

Schnarchen Sie/Ihr Lebenspartner/Ihr Kind?

Ja

Nein

Wünschen Sie weitergehende Informationen zum Thema "Schnarchen" bzw. "Gesunder Schlaf"?

Wir sind Mitglied der deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Schlafmedizin und daher besonders qualifiziert, Ihnen auch auf diesem Themengebiet hilfreich zur Seite stehen zu können.

Ja

Nein

Wenn Sie nicht selbst, sondern über einen Angehörigen (Ehepartner, Vater, Mutter) krankenversichert sind, tragen Sie bitte hier die Daten des Versicherten ein:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift (sofern von eigener abweichend): \_\_\_\_\_

## Hinweise

Wir machen Sie hiermit darauf 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/Betäubungen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Wir behalten uns vor, Leistungsabrechnungen über eine Abrechnungsunternehmen, die Firma BFS Health Service, abzuwickeln. Dadurch ist es Ihnen als Patient auch möglich, Rechnungen in Teilzahlungen günstig zu begleichen. Wir bitten Sie abschließend vor Ort in der Praxis um eine Bestätigung durch Unterschrift auf einem entsprechenden Formular der Firma BFS Health Service.

Vor/während/nach der Behandlung fertigen wir bei Bedarf digitale Aufnahmen zur Dokumentation an. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass diese Bilder anonymisiert und ohne Bezug zum Patienten als Dokumentation oder zu Fortbildungszwecken verwendet werden dürfen. Sollten Sie dieser Vereinbarung widersprechen wollen, streichen Sie diesen Abschnitt.

Für Ihre Betreuung nehmen wir uns überdurchschnittlich viel Zeit. Deshalb bitten wir um Verständnis, dass wir nicht eingehaltene bzw. nicht rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) abgesagte Termine nach den Rechtsansprüchen des BGB (§§ 304 und 615) als Ausfallhonorar entsprechend der eingeplanten Behandlungszeit mit € 100,00 je 30 Minuten in Rechnung stellen.

Hückelhoven, den ..... Unterschrift .....