



DR. HOFMANN  
UND KOLLEGEN

Ihre Zahnarztpraxis in Künzell

## Gesundheitsfragebogen Zahnarztpraxis Dr. Bert Hofmann & Kollegen

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.

Nachname, Vorname (Patient)                      Geburtsdatum                      Geschlecht:    m    w

Straße, Hausnummer                      Postleitzahl, Ort

Telefon (privat / mobil)                      Telefon (geschäftlich)

Hausarzt

Name der Krankenkasse / Versicherung

gesetzlich versichert    ja    nein                      privat versichert                      ja    nein  
beihilfeberechtigt    ja    nein                      privat versichert - Basistarif                      ja    nein

**Sind Patient und Zahlungspflichtiger nicht identisch, bitte die folgenden Angaben ergänzen:**

Nachname, Vorname (Zahlungspflichtiger)                      Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl, Ort

### Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum                      Unterschrift Erziehungsberechtigter

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich:**

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

**Herz/- Kreislauferkrankungen:**

Ja / Nein

- Zustand nach Herzinfarkt
- Herzmuskelentzündung
- Herzinsuffizienz/ Herzschwäche
- Herzklappenfehler oder Klappenersatz
- Herzrhythmusstörungen
- Bypassoperation
  
- Endokarditis
- Angina pectoris
- Herzschrittmacher
  
- Bluthochdruck
- niedriger Blutdruck
- Ohnmachtsneigung

**Gefäßkrankungen:**

Ja /Nein

- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen
- Thrombosen

**Infektionserkrankungen:**

Ja/Nein

- HIV/AIDS
- Hepatitis  A  B  C
- Tuberkulose
- andere Infektionskrankheiten

Wenn ja, welche?.....

**Erkrankungen des blutbildenden Systems:**

Ja / Nein

- Blutgerinnungsstörung
- Blutverdünnende Medikamente
- Wenn ja, welche? (ASS, Marcumar etc.) .....
- Bluten Sie lange nach Verletzungen oder bekommen Sie schnell blaue Flecken?
- Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf?

**Stoffwechselerkrankungen:**

Ja /Nein

- Diabetes mellitus
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

**Lebererkrankungen:**

Ja / Nein

- Gelbsucht
- Leberzirrhose

**Zentrales Nervensystem:**

Ja / Nein

- epileptische Anfälle
- Depressionen, Angstzustände

**Nierenerkrankungen:**

Ja / Nein

- Nierenerkrankungen
- Dialyse

**Atemwegserkrankungen:**

Ja / Nein

- Asthma

**Bewegungsapparat:**

Ja / Nein

- Rheuma
- künstliche Hüft-/Kniegelenke

Sind Sie wegen einer der oben genannten Erkrankungen bei einem Facharzt in Behandlung?

Facharzt/ Name

Adresse/Telefon

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

Ja / Nein

- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche? .....
- Leiden Sie an einer Tumorerkrankung?  
Wenn ja, haben Sie  Chemotherapie  Strahlentherapie erhalten?
- Nehmen Sie Bisphosphonate ein?
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche? .....
- Nehmen Sie die Pille?
- Nehmen Sie Alkohol oder Drogen zu sich?  
 gelegentlich  regelmäßig
- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?.....
- Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche?  Penicillin  Schmerzmittel  andere (Latex, Jod etc.)
- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat? .....
- Traten bei Ihnen schon einmal Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche?

.....

## In eigener Sache

Ja/Nein

Möchten Sie von uns an folgende Termine erinnert werden?

Wenn ja:

- halb-jährliche Kontrolluntersuchung
- halb-jährliche Prophylaxe     vierteljährliche Prophylaxe
- Implantat- Kontrolle

Haben Sie besondere Wünsche zur Behandlung, Terminplanung etc.?

---

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- Empfehlung                       Gelbe Seiten
- Internet/Homepage             Sonstiges

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich per Telefon, e mail oder Postkarte informiert werde.

Ich verpflichte mich, das Praxispersonal über eventuell auftretende Erkrankungen/Einnahme von Medikamenten, die sich während der Behandlungszeit ergeben, zu informieren.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass nach einer örtlichen Betäubung Ihr Verhalten im Straßenverkehr beeinträchtigt sein kann!

### **Wichtige Information:**

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen. Andernfalls können entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

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

---

Datum

Unterschrift Patient