

Gesundheitsfragebogen

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.

Patient: Name	Vorname	geb.

Anschrift: Straße/Nr.	PLZ/ Wohnort	

Telefonnummer:		

Krankenkasse:		

Versicherter: Name	Vorname	geb.

Rechnungsempfänger bei Mitversicherten Personen:		
Name	Vorname	geb.

Arbeitgeber*:		

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Rhythmusstörungen
- (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

Erkrankung des blutbildenden Systems

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

Atmungswege/Lunge

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

(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)

Pflegestufe/Eingliederungshilfe:

(ja) (nein) Haben Sie eine Pflegestufe?
Wenn ja, welche?.....

(ja) (nein) Haben Sie eine Eingliederungshilfe?

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.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, das wenn die Behandlung es erfordert, weitere behandelnde Ärzte zum Konsil herangezogen werden.

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, benachrichtigen Sie uns bitte rechtzeitig, mindestens 24 Stunden vorher. Ansonsten sehen wir uns gezwungen, Ihnen den Ausfall privat in Rechnung zu stellen.

* freiwillige Angabe

Ich bin alleine unterschriftsberechtigt

Rödental, den Unterschrift