**GESUNDHEITSFRAGEBOGEN**

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Gerne möchten wir kompetent und zuverlässig für Sie da sein. Bitte überprüfen Sie die untenstehenden Angaben und ergänzen Sie diese bei Bedarf. Vorerkrankungen und die Einnahme von Medikamenten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Aus diesem Grund bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. **Wenn Sie an einem vereinbarten Termin verhindert sind, bitten wir Sie telefonisch, persönlich oder per E-Mail 48 Stunden vor dem Termin abzusagen.**

**Persönliche Angaben** **Mitglied/Versicherter (wenn abweichend)**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pflegegrad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenkasse/private Krankenversicherung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

beihilfeberechtigt O freiwillig versichert O Zahnzusatzversicherung O

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.**

**Allgemeine Situation**

Hoher Blutdruck O Schnarchen O

Niedriger Blutdruck O Schlafapnoe O

Herz-/Kreislauferkrankung O Depressionen O

Herzschrittmacher O Rauchen O

Herzklappenersatz O Allergien/Unverträglichkeiten O

Einnahme v. Blutverdünnern O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Eliquis, ASS, Marcumar, etc.)

HIV O **Zahn-Mund-Situation**

Hepatitis A O B O C O Implantate/Implantatpass vorh.? O

Diabetes (Hba1c Wert: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) O Zahnfleischbluten O

Schilddrüsenerkrankung O Zahnfleischrückgang O

Magen-/Darm-/Nierenerkrankung O Mundgeruch O

Gelenkerkrankung O Migräne/Kopfschmerzen O

Grüner Star O Nacken-/Rückenschmerzen O

Lungenerkrankung O Tinnitus O

Krebserkrankung O Geräusche/Knacken Kiefergelenk O

Schwangerschaft (Woche: \_\_\_\_\_\_\_) O Zahnärztliche Röntgenbilder vorh.? O

Stillen O (Alter d. Röntgenbilder: \_\_\_\_\_\_ Monate/Jahre)

Sonstige Angaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Liegt ein Medikamentenplan vor?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert, sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (DSGVO, BDSG) und der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort/Datum Unterschrift