

# 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.

**Meine Adresse & Telefonnummer :**

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz

- ( ja ) ( nein ) Zustand nach Infarkt
- ( ja ) ( nein ) Herzinsuffizienz
- ( ja ) ( nein ) Muskelentzündung
- ( ja ) ( nein ) Verengung der Herzkranzgefäße
- ( ja ) ( nein ) Herzklappenersatz

### Kreislauf

- ( ja ) ( nein ) niedriger/hoher Blutdruck
- ( ja ) ( nein ) Angina pectoris
- ( ja ) ( nein ) Schlaganfall

### Augen

- ( ja ) ( nein ) Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

- ( ja ) ( nein ) Asthma/Bronchitis

### Leber

(Gelbsucht/Hepatitis)

### Zentrales Nervensystem

- ( ja ) ( nein ) Epilepsie

### Stoffwechsel

- ( ja ) ( nein ) Zuckerkrankheit
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenüberfunktion/unterfunktion

## Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ( ja ) ( nein ) HIV/AIDS/Tuberkulose

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 ) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
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?.....

## Weitere administrativ wichtige Informationen:

- ( ja ) ( nein ) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

**Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?**

**Telefonnummer / Mail :**

**Durch Ihre Unterschrift geht die datenschutzrechtliche Einwilligung für das versenden von Mails/telefonate etc als Bestandteil in den Behandlungsvertrag über.**

**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.

**Sollte es Ihnen einmal nicht möglich sein, einen vereinbarten Termin wahrzunehmen, bitten wir Sie uns dies mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin mitzuteilen.**

**Dies ist nicht nur uns, sondern auch anderen Patienten gegenüber fair, die ansonsten auf einen Termin warten müssen.**

**Erhalten wir keine fristgerechte Absage oder haben Sie die Wahrnehmung des Termin selbst verschuldet, so machen wir Sie darauf aufmerksam, daß wir Ihnen einen Betrag von 50 € pro ausgefallener Behandlungsstunde berechnen.**

**Dies gilt nicht, wenn Sie unverschuldet nicht absagen oder erscheinen konnten.**

Hamburg, den ..... Unterschrift .....