



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wichtig: Bitte PDF auf dem Computer speichern, bevor Sie es ausfüllen.
Ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und mitbringen!

Name:

Vorname:

geboren am:

Telefon:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort

Krankenkasse:

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 Beginn der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

LEIDEN ODER LITTEN SIE AN FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Erkrankung des Herzens, wenn ja welche:

Hämophilie (Bluterkrankheit)

Asthma

Magen-Darm-Erkrankung, wenn ja welche?

Nierenerkrankung

Lebererkrankung (z. B. Hepatitis), wenn ja welche?

Erkrankung des Nervensystems, wenn ja welche?

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

HIV bzw. AIDS

Tuberkulose

Creutzfeldt Jakob Krankheit

Syphilis

Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Erkrankungen der Schilddrüse, wenn ja welche?

SONSTIGE MEDIZINISCH WICHTIGE INFORMATIONEN:

Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche:

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche:

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, gegen welche:

Sind Sie zurzeit schwanger?

HAUSARZT:

Praxisname:

Name des Arztes:

Telefon:

Telefon:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort

WEITERE ADMINISTRATIV WICHTIGE INFORMATIONEN:

Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden? (E-Mail/Anruf/Brief)

Möchten Sie 24 Stunden vor Ihrem Zahnarzttermin eine Erinnerung per SMS erhalten?

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Wenn Sie die vereinbarten Termine nicht einhalten können bitten wir Sie, diese spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, dass ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt oder eingehalten wird.

Ihre personenbezogenen Daten können zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen erhalten Sie unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4036>.

Ort:

Datum:

Unterschrift