

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Zahnarztpraxis begrüßen zu dürfen. Um eine angenehme und an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung zu ermöglichen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen gewissenhaft zu beantworten. So können wir bestmöglich auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an uns.

Danke sagt Ihr Team der Praxis Zahngefühl

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Telefon	
Handy	
E-Mail-Adresse	

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

persönliche Empfehlung	
Anzeige	
Internet: Wo? google jameda andere:	
im Vorbeigehen	
per Überweisung durch:	

Versicherungsstatus:

Gesetzlich versichert	
Privat versichert	
Zusatzversicherung	
Basistarif	
Beihilfeberechtigt	

Beruf/ Arbeitgeber:

.....

Für Patientinnen: Sind Sie schwanger?
(Wenn ja: in welchem Monat?)

Besteht ein Kinderwunsch? Ja/Nein

Allgemeinmedizinische Auskünfte:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

(Wenn ja: welche?):

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

(Wenn ja: welche?)

Nehmen Sie blutverdünnende/gerinnungshemmende Medikamente?

.....

Werden oder wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?

Behandelnder Hausarzt (Name, Anschrift):

.....

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz		Kreislauf	
Herzinfarkt		niedriger Blutdruck	
Herzinsuffizienz		Bluthochdruck	
Muskelentzündung		Angina pectoris	
Verengung der Herzkranzgefäße		Durchblutungsstörungen	
Rhythmusstörung		Schlaganfall	
Bypassoperation			
Herzklappenersatz		Augen	
Herzschrillmacher		Grauer Star	
		Grüner Star	
Blutbildendes System			
Blutarmut		Magen-Darm-Trakt	
Bluter		Magenerkrankung	
		Darmerkrankung	
Atmungswege/Lunge			
Asthma		Leber	
Bronchitis		Hepatitis A	
		Hepatitis B	
Blasen-Nieren		Hepatitis C	
Blasenerkrankung		Hepatitis E	
Nierenerkrankung			
Dialyse		Zentrales Nervensystem	
		Epileptische Anfälle	
Bewegungsapparat			
Rheuma		Vegetatives Nervensystem	
Rheumatische Arthritis		Kopfschmerzen	
Gicht		Migräne	
Stoffwechsel		weitere Erkrankungen	
Zuckerkrankheit		Haut-, Geschlechtskrankheiten	
Schilddrüsenunterfunktion		HIV bzw. AIDS	
Schilddrüsenüberfunktion		Tuberkulose	
		Tumore (Bestrahlung, Chemotherapie)	
		Osteoporose	
		Röteln, Mumps, Masern, Scharlach	

Mundgesundheitsituation	ja	nein
Haben Sie ein bestimmtes Anliegen, was Sie in unsere Praxis führt?		
Sind sie mit dem Zustand und Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?		
Haben Sie Probleme mit dem Zahnfleisch, z.B. Blutungen beim Putzen, Zahnfleischrückgang?		
Leiden Sie unter Mundgeruch oder haben Sie manchmal einen schlechten Geschmack im Mund?		
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?		
Wurden Ihre Zähne schon einmal professionell gereinigt? (PZR, Prophylaxe)?		
Tragen Sie Zahnersatz?		
Wenn ja, ist dieser älter als zwei Jahre?		
Alter des Zahnersatzes: Jahre		
Sind Sie mit Ihrem Zahnersatz (noch) zufrieden?		
Sonstige medizinische wichtige Informationen		
Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?		
Haben Sie andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen? Welche?		
Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?		
Rauchen Sie?		
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich? Welche?		
Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Welche?		
Besitzen Sie einen Allergiepass?		
Traten oder treten Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Eingriffen/Spritzen auf? Welche?		

Terminmanagement

Wir sind eine reine Bestellpraxis, d.h. an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, so **bitten** wir Sie, **rechtzeitig abzusagen**. Das gibt uns die Möglichkeit, anderen Patienten diesen Termin anzubieten. Lange Wartezeiten können so häufig vermieden werden.

Nach dreimaligem Nichterscheinen erhalten Sie vorerst keine Termine mehr!

Bitte teilen Sie uns auch Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Wohnanschrift unaufgefordert mit.

Aufklärungsbogen für Injektionen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

durch den Gesetzgeber sind wir angehalten, Sie über selten auftretende, aber eventuell mögliche Komplikationen bei einer Lokal- oder Leitungsanästhesie in der Mundhöhle aufzuklären.

In seltenen Fällen können Überempfindlichkeitsreaktionen und Kreislaufreaktionen auftreten. Desweiteren besteht die Möglichkeit, dass die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt werden kann. Eine weitere Komplikationsmöglichkeit besteht in der Schädigung von Nerven oder Gefäßen mit ggf. nachfolgender Blutung und eventl. einem Bluterguss.

Aufgrund der Nähe zu den Nerven im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich, kann es bei den Injektionen zu einer kurzzeitig, mehr oder weniger ausgeprägten Lähmung kommen, die in der Regel wieder zurück geht.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie in der für Sie verständlichen Art und Weise, über die seltenen Komplikationen der o.g. Injektionen aufgeklärt wurden.

.....

Name in Druckbuchstaben

.....

Ort, Datum

..... Ich bin einverstanden, dass eine Injektion in der Mundhöhle durchgeführt wird

..... Ich habe keine Fragen

..... Ich habe noch Fragen

.....

Unterschrift des Patienten