

Gesundheitsfragebogen

Zahnärztliche Praxis
Dr. med. dent. Gernot Havermeier
Ostwall 30, 59348 Lüdinghausen, ☎ 02591 - 4050

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Mitglied:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
(ggf. Telefonnummer)

Was ist der Grund ihres Besuches?

- 1. Schmerzbehandlung
- 2. Sanierung
- 3. Beratung oder Kontrolle
- 4. Reparatur des Zahnersatzes
- 5. Durch Überweisung (auf Empfehlung von: _____)

Allgemeine Anamnese (zutreffendes ggf. unterstreichen):

ja nein

- 1. Sind Sie zurzeit akut in ärztlicher Behandlung?
a) Behandelnder Arzt: _____
- 2. Bestehen Allergien (z.B. Heuschnupfen, Metalle, Medikamente, Allergiepass)?
a) Wenn ja worauf? : _____
- 3. Treten ungewöhnliche Reaktion auf Spritzen oder Medikamente auf?
- 4. Blutgerinnungsstörungen: (Bluten Sie lange bei Verletzungen; Erkrankung blutbildender Organe)
- 5. Herzerkrankungen (Infarkt, Angina pectoris/koronare Herzkrankheit (KHK), Herzklappenerkrankung/Endokarditis, Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz)
- 6. Kreislaufkrankung: (Bluthochdruck oder niedriger Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Schwindel)
- 7. Rheuma (Rheumatisches Fieber, akutes Rheuma, Gelenkerkrankungen)
- 8. Osteoporose

- Bitte wenden -

ja nein

9. Lebererkrankungen
10. Zuckerkrankheit (Diabetes Typ I / II)
11. Atemwegserkrankungen? (z.B. Asthma, Bronchitis)
12. Magen-Darm Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn)
13. Nierenerkrankungen (Niereninsuffizienz, Dialyse)
14. Schilddrüsenerkrankungen (Hyper- und Hypothyreose)
15. Augenerkrankungen (Glaukom/grüner Star, grauer Star)
16. Infektiöse Erkrankungen (TBC, Hepatitis, HIV, Geschlechtserkrankungen, Herpes, Röteln, Mumps)
17. Hautkrankheiten (Schuppenflechte, Pilzkrankungen)
18. Tumorerkrankungen (mit Bestrahlung und/oder Chemotherapie). Im welchen Bereich?
19. Vegetatives Nervensystem (Anfallsleiden/Epilepsie, Kopfschmerzen)
20. Psychosomatische Erkrankungen (Depressionen, Angstattacken)
21. Sind Sie Raucherin / Raucher?
22. Nehmen Sie regelmäßig Drogen zu sich?
23. Trinken Sie häufig größere Mengen Alkohol?
24. Patientinnen: Sind Sie schwanger?
25. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?

26. Haben Sie eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung? Wenn ja welche?

27. Ich möchte über sinnvolle Therapiemöglichkeiten, die über die Kassenleistung hinausgehen informiert werden.
28. Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft?
29. Möchten Sie an die halbjährlichen Kontrollen erinnert werden? per Mail per Post
30. Die Berechnung gewünschter Zusatzleistungen erbitte ich per Mail per Post

Nur für Privatpatienten:

30. Sind Sie zahlungspflichtiger Rechnungsempfänger? Wenn nein, bitte Name und Adresse des Zahlungspflichtigen _____
31. Sind Sie beihilfeberechtigt?
Wir machen Sie an dieser Stelle darauf aufmerksam, dass möglicherweise nicht alle abgerechneten Leistungen von Ihrer Beihilfestelle übernommen werden.

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr unter dem Einfluss von Injektionen sowie Medikamenten, die mir vor, während und nach der Behandlung verabreicht werden, unter Umständen 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Jede Veränderung des Allgemeinzustandes muss umgehend dem Behandler mitgeteilt werden.

Datum/Unterschrift (Patient/in): _____