

Gesundheitsfragebogen

Name	Vorname	Geb.-Datum	Straße+ Nr.	PLZ	Wohnort
-------------	----------------	-------------------	--------------------	------------	----------------

Tel. (tagsüber erreichbar)	Beruf	Arbeitsstelle
-----------------------------------	--------------	----------------------

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen bzw. ergänzen

Haben Sie Erkrankungen an folgenden Organsystemen?

- Herz/Kreislauf (Herzinfarkt, Herzklappenersatz, Schrittmacher, Schlaganfall, niedriger oder hoher Blutdruck)
- Ich nehme Blutverdünner / meine Blutgerinnung ist gestört
- Lunge (z.B. Asthma, Bronchitis)
- Innere Organe (Leber, Galle, Niere)
- Knochen und Gelenke (z.B. Rheuma, Arthritis, Osteoporose)
- Nervensystem (z.B. Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose, Creutzfeldt-Jacob-Krankheit)
- Stoffwechsel (Zuckerkrankheit, Schilddrüse, Darmprobleme, Verdauungsstörung)

Leiden oder litten Sie an folgenden Infektionskrankheiten?

- HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- Hepatitis B oder C

Haben Sie regelmäßig Schmerzen/Beschwerden? (bitte zutreffendes Ankreuzen und unterstreichen)

- Kopfschmerzen/Migräne
- Rückenschmerzen (Hals-/Becken-/Lendenwirbel)
- Gelenkschmerzen (Hand-/Schulter-/Hüft-/Knie-/Fußgelenk)

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

- Ich habe eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung. Wenn ja, welche:

- Ich nehme regelmäßig Medikament ein. Wenn ja, welche:

- Ich habe Allergien (Materialien, Lebensmittel, Medikamente) Wenn ja, welche:

- Ich besitze einen Allergiepass

Es traten bei mir Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf. Wenn ja, welche:

-
- Raucher. Wenn ja, wie oft?
 - Für Frauen: es besteht eine Schwangerschaft
 - Ich leide oder litt an Zahnfleischbluten/Mundgeruch
 - Ich bin interessiert an naturheilkundlichen/ganzheitlichen Behandlungsmethoden
 - Ich habe Angst vor der Behandlung
 - Ich bin mit meiner Zahnfarbe nicht zufrieden

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unaufgefordert mit.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben mit meiner Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist und bitten Sie, uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen. Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen und stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Hinweise zu unserem Praxisablauf /weitere Vereinbarungen

Um Ihnen Wartezeiten zu ersparen und einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, werden Behandlungszeiten in unserer Bestellpraxis ausschließlich für Ihre Behandlung reserviert. Sollten Sie verhindert sein, bitten wir Sie dringend, uns rechtzeitig, spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn, Ihre Verhinderung mitzuteilen, damit der Termin möglichst anderweitig vergeben werden kann. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihnen anderenfalls gegebenenfalls ein Ausfallhonorar in Rechnung stellen werden.

Abtretungsvereinbarung

Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und im Interesse eines reibungslosen Ablaufes Ihrer Behandlung und unserer Verwaltung möchten wir sicherstellen, dass Rechtsbeziehungen ausschließlich zwischen unserer Praxis und Ihnen als unserem Patienten und Partner des Behandlungsvertrages bestehen. Aus diesem Grunde bitten wir Sie, nachfolgende Abtretungsvereinbarung zu unterzeichnen:

Sämtliche Ansprüche, die aus dem zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten jeweils getroffenen Behandlungsvertrag resultieren, werden von dem Patienten/Zahlungspflichtigen an Dritte weder abgetreten noch verpfändet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter