

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Viele Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben.
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus und unterschreiben Sie diesen.
Er dient der Vorbereitung Ihrer Behandlung und wird Ihrer digitalen Karteikarte beigelegt.
Natürlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.
Gerne unterstützen wir Sie auch beim Ausfüllen oder helfen Ihnen bei Fragen.

1. Persönliche Daten:

Name : _____ Vorname: _____ geb. _____

Anschrift/PLZ: _____ Hausarzt-Name: _____

Telefon privat: _____ Mobil Tel: _____ Beruf: _____

E-Mail: _____

Sind Sie bisher Patient in der Praxis Karin Wolter gewesen und wünschen eine Übernahme Ihrer bisherigen Behandlungsdaten (Röntgenbilder, Behandlungshistorie)? ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

2. Fragen zu Ihrer Gesundheit

Herz /Kreislaufkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Gelbsucht / Hepatitis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	AIDS /Immunmangelsyndrom	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzklappenfehler -ersatz	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Osteoporose	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck / Hypertonie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Niedriger Blutdruck / Hypotonie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Atemwegserkrankungen/Asthma	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Blutgerinnungsstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Hämatologische Erkrankungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Allergien	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. Welche? _____	
Diabetes	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Welcher Typ? _____	
Unverträglichkeit von Medikamenten	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ggf. welche? _____	
Besteht eine Schwangerschaft?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welcher Monat? _____	
Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche? _____	

Sonstige Erkrankungen: _____

Regelmäßige Medikamente: _____

Frühere Operationen: _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes möglichst sofort mit. Durch Ihre Unterschrift auf der Rückseite bestätigen Sie uns die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.

BITTE WENDEN

3. Ihre Wünsche für Ihre individuelle Behandlungsplanung

In der modernen Zahnmedizin gibt es viele Möglichkeiten, die wir unseren Patienten zur Verfügung stellen möchten. Die nachfolgenden Fragen sind wichtig für unsere Zusammenarbeit, um gemeinsam mit Ihnen für Sie den optimalen Behandlungsweg planen zu können.

Waren Sie in den letzten 12 Monaten zur zahnärztlichen Untersuchung oder Behandlung? ja nein

Würden Sie sich als Angstpatient bezeichnen? ja nein

Haben Sie sonstige Wünsche / Anliegen? _____

Sie gestatten uns, dass wir uns zwecks krankheitsbedingter Abstimmung uns mit Ihren behandelnden Ärzten in Verbindung setzen dürfen.

Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Daher haben Sie möglichst geringe Wartezeiten. Das bedeutet aber auch, dass Sie, wenn Sie den vereinbarten Termin nicht einhalten können, bitte spätestens 24 Stunden vorher absagen müssen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeit bzw. ungenutzte Zeit in Rechnung gestellt wird (§§ 304, 615 BGB). Erhalten Sie wegen eines Notfalls einen Nottermin, so müssen Sie mit Wartezeit rechnen. Wenn dieser Termin außerhalb unserer Sprechstunde liegt, ist in der Regel nur eine Notversorgung möglich.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam

Wir müssen Sie darauf hinweisen, dass, wenn Sie Ihren Termin kurzfristig absagen oder 2-mal versäumen, die versäumte Zeit in Rechnung gestellt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Wir bieten in unserer Praxis eine telefonische Terminerinnerung (SMS oder Anruf) an und führen einen freiwilligen Erinnerungsdienst (Recall) für einen regelmäßigen Kontroll-Besuch bei uns durch.

Ich bin bereit, an Ihrer telefonischen Terminerinnerung / ihrem Recall-Service teilzunehmen.

Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art .7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum erfolgten Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs.3 Satz 2 DSGVO).

Patienteninformationen zum Datenschutz (gemäß Artikel 13 DSGVO) liegen zu Ihrer Kenntnisnahme im Wartezimmer aus.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

BITTE WENDEN