

# Herzlich Willkommen in unserer Ordination!

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Herr/Frau Titel, Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Versicherungs-  
nummer:

Versicherungs-  
anstalt:

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ | Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Wird E-Mail regelmäßig abgefragt?

JA

NEIN

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

### Versicherter

Name: \_\_\_\_\_

Geb.Datum:

Versicherungs-  
nummer:

Versicherungs-  
anstalt:

Zahn-Zusatz Vers.: \_\_\_\_\_

**Bitte füllen Sie die folgenden Fragen vollständig aus. Dadurch ist es uns möglich, Sie besser betreuen und beraten zu können.**

**Bitte kreuzen Sie an!**

Neigen Sie zu Ohnmacht?

JA

NEIN

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

JA

NEIN

Weshalb? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter:**

Zuckerkrankheit

JA

NEIN

Schilddrüsenerkrankung

JA

NEIN

Herzfehler oder Herzbeschwerden

JA

NEIN

Lungenerkrankungen

JA

NEIN

Magen- Darmerkrankungen

JA

NEIN

Nervenerkrankungen

JA

NEIN

Anfallsleiden (Epilepsie)

JA

NEIN

Hepatitis (Gelbsucht)

JA

NEIN

Immunschwäche (HIV-positiv)

JA

NEIN

Tuberkulose

JA

NEIN

Bluten Sie bei Verletzungen oder Zahnextraktionen lange nach?

JA

NEIN

Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?

JA

NEIN

**Bitte das Blatt wenden!**

**Bitte kreuzen Sie an!**

Haben oder hatten Sie Kiefergelenksbeschwerden?

JA	NEIN
----	------

Wann wurde das letzte Panoramaröntgen gemacht?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?

JA	NEIN
----	------

Welche?

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?

JA	NEIN
----	------

Wenn ja, welche?

Allergie (Asthma, Überempfindlichkeit)

JA	NEIN
----	------

Sonstige Allergien:

**Für Frauen:** Sind Sie schwanger?

JA	NEIN
----	------

Sind Sie gerade in der Stillzeit?

JA	NEIN
----	------

**Folgende Leistungen sind Privatleistungen, die von der Sozialversicherung nur teilweise rückerstattet werden:**

Wünschen Sie regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung bzw. Prophylaxesitzung (Mundhygiene)?

JA	NEIN
----	------

Wünschen Sie vor der Behandlung eine lokale Anästhesie (ist keine Kassenleistung !!!) (Betäubung) zur schmerzfreien Behandlung?

JA	NEIN
----	------

**Bei Terminabsagen bitten wir um rechtzeitige Bekanntgabe!**

Wollen Sie rechtzeitig zum nächsten Mundhygiene-Termin eingeladen werden?

JA	NEIN
----	------

Die zahnärztlichen Leistungen werden nach den Kassentarifen verrechnet.

**ACHTUNG: Kronen-, Brücken-, Gold und Keramikarbeiten sind keine Kassenleistungen.**

Würden Sie gerne in unserer Ordination mit Bankomatkasse bezahlen?

JA	NEIN
----	------

Im Zuge der zahnärztlichen Behandlung ist häufig eine Schmerzausschaltung (Anästhesie) erforderlich. Wie bei allen Anästhesieverfahren sind lebensbedrohliche Komplikationen, z.B. Herzkreislauf- bzw. Atemstillstand und schwerwiegende Unverträglichkeitsreaktionen möglich, aber selbst bei Kleinkindern oder schlechtem Allgemeinzustand äußerst selten. Auch kann trotz modernster Absaugtechnik die Möglichkeit einer Verlagerung von Fremdkörper in die Speiseröhre oder Luftröhre nie mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden. Um alle Risiken so gering wie möglich zu halten ist es besonders wichtig, dass Sie den Gesundheitsfragebogen gewissenhaft ausgefüllt haben. Den Gesundheitsfragebogen habe ich gelesen, verstanden und meine Fragen wurden von Ärzten vollständig und verständlich beantwortet.

**Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten:**

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_