

Anmeldeformular

Personalien

Patient:
Name, Vorname Geburtsdatum/-ort

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

.....
Name, Vorname Geburtsdatum/-ort

Anschrift:
Straße Postleitzahl/Ort

Telefon privat mobil Telefon geschäftlich E-Mail

Krankenkasse/-versicherung

- gesetzliche Versicherung
 freiwillig versichert
 Zusatzversicherung
 private Versicherung
 Basistarif
 Kostenerstattung
 Beihilfe

Hausarzt/andere Ärzte, bei denen Sie in ständiger Behandlung sind

Beruf Arbeitgeber Tel. geschäftlich

Anschrift Arbeitgeber

Gesundheitsfragebogen

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen. Die Fragen 1 bis 23 dienen der Risikoabklärung. Zu Ihrer eigenen Sicherheit müssen Sie diese gewissenhaft beantworten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz! Sollten beim Ausfüllen Unklarheiten bestehen, fragen Sie unsere Mitarbeiterinnen.

		Ja	Nein			Ja	Nein
1. Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Leiden Sie an durch Prionen übertragbaren Erkrankungen (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie manchmal Atemnot oder Brustschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung oder hat sich Ihr Gesundheitszustand irgendwie verschlechtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Müssen Sie oft husten? Husten Sie manchmal auch Blut oder Schleim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Sind jemals Probleme bei ärztlichen Behandlungen aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?			
5. Haben Sie Bluterkrankungen oder Blutungsneigungen (z. B. nach Verletzungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist bei Ihnen ein erhöhter Flüssigkeitsbedarf auffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Teilen Sie uns bitte jede Schwangerschaft mit.)			
7. Leiden Sie an Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung – oder gibt es Erlebnisse mit zahnärztlicher Behandlung, über die Sie mit uns sprechen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Leiden Sie an grünem Star (Glaukom)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Den folgenden Teil brauchen Sie nur dann auszufüllen, wenn Sie Interesse an umfassender und systematischer Behandlung bestehender Gebisschäden sowie an der konsequenten Verhinderung weiterer Zahnerkrankungen haben.			
9. Haben Sie ein Prostataleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie ein Schilddrüsenleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Halten Sie es für nützlich, dass wir Sie über neue Erkenntnisse im Bereich der Zahnpflege informieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Würden Sie sich leicht mit einer herausnehmbaren Prothese abfinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z. B. Antibiotika)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-/Nackensbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nehmen/nahmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z. B. Osteoporose (z. B. Biphosphonate)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Würden Sie sich als nervös oder stressanfällig bezeichnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Reagieren Sie überempfindlich auf irgendwelche Substanzen/Arzneien oder haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Haben Sie Schluckbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Leiden Sie an Rheuma oder anderen Knochen- bzw. Gelenkproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hatten/haben* Sie ein Leberleiden? *Zutreffendes bitte unterstreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Existieren Zahn-/Kiefer-Röntgenbilder jüngeren Datums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hatten/haben* Sie Tuberkulose (Tbc)? *Zutreffendes bitte unterstreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gern aufgeklärt/beraten werden möchten:			
18. Sind Sie HIV-positiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ort, Datum Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter