

## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Name: ..... Geb./Vers.Nr: .....

Adresse/PLZ: ..... Kr.Kasse: .....

Telefon : ..... Beruf: .....

E-mail: ..... Zusatz Vers: .....

Für **weibliche** Patienten:

Sind Sie derzeit schwanger? Ja  / Nein  Geburtstermin:.....

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

Bitte kreuzen Sie jene Erkrankungen an, unter welchen Sie derzeit leiden oder schon litten!  
Falls ja, bitten wir um weitere Angaben.

Herzerkrankungen Ja  / Nein

Herzinfarkt Ja  / Nein

Herzschrittmacher Ja  / Nein

Herzklappen  Operation Ja  / Nein   
 Entzündung Ja  / Nein

Glaukom (grüner Star) Ja  / Nein  Hämophilie (Bluterkrankheit) Ja  / Nein

Hypertonie (Bluthochdruck) Ja  / Nein  Diabetes (Zuckerkrankheit) Ja  / Nein

Epilepsie (Krampfleiden) Ja  / Nein  Schlaganfall Ja  / Nein

Nierenleiden Ja  / Nein

Lebererkrankungen Ja  / Nein

Schilddrüsenerkrankungen Ja  / Nein

**Infektiöse Erkrankungen** Ja  / Nein  wenn ja:

HIV+ (AIDS) Ja  / Nein

Tuberkulose Ja  / Nein

Hepatitis A,B,C Ja  / Nein

**Tumor Erkrankungen** Ja  / Nein  wenn ja:

Chemotherapie Ja  / Nein

Strahlung Ja  / Nein

Operation Ja  / Nein

welche Körperstelle? \_\_\_\_\_

Osteoporose Ja  / Nein   
Arthrose (Gelenkserkrankungen) Ja  / Nein   
Transplantation Ja  / Nein  wenn ja, an welcher Körperstelle? .....

Sonstige Erkrankungen oder Operationen im Kopfbereich? Ja  / Nein  wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter **Allergien** oder Unverträglichkeiten?  
(Medikamente, Nahrungsmittel)? Ja  / Nein  .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja  / Nein  .....

Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen? Ja  / Nein  .....

Haben Sie zur Zeit **Zahnschmerzen**? Ja  / Nein  .....

Leiden Sie unter **Zahnfleischbluten**? Ja  / Nein  .....

Haben oder hatten Sie **Kiefergelenksbeschwerden**? Ja  / Nein  .....

Sind Sie Raucher/in? Ja  / Nein

Trinken Sie alkoholische Getränke? Ja  / Nein

wenn ja, wieviel? gelegentlich  / regelmäßig

Weitere Angaben: .....

Wünschen Sie eine Terminerinnerung ?  
 per sms  
 Nein

### **Wichtig bei Terminabsagen**

Wir möchten Sie höflich daran erinnern, dass es wichtig ist, Termine **rechtzeitig** abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Eine rechtzeitige Absage ermöglicht es uns, die Termine effizient neu zu planen und anderen Patienten die Möglichkeit zu geben, die freigewordenen Termine zu nutzen.

Bitte beachten Sie, dass wir für Absagen, die weniger als **48 Stunden** vor dem geplanten Termin erfolgen, eine Ausfallgebühr erhoben wird. Diese Gebühr dient dazu, die Kosten für den reservierten Zeitraum abzudecken und unseren Praxisbetrieb reibungslos aufrechtzuerhalten.

Wir bitten Sie uns zu verständigen, wenn sich Ihre Angaben zu dem Fragenbogen ändern.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Lieboch, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patienten-Unterschrift, Vor-/Zuname