

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Patientin / Patient	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	E-Mail	_____
Name	_____		Telefon privat	_____
Vorname	_____		Telefon mobil	_____
Straße, Hausnr.	_____		Telefon beruflich	_____
PLZ, Ort	_____		Nationalität	_____
Geburtsdatum	_____		Beruf	_____

Krankenkasse / private Krankenversicherung _____

gesetzlich versichert privat versichert Basistarif Zusatzversicherung beihilfeberechtigt

Gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter

Frau Herr

Name, Vorname	_____	Telefon privat	_____
Straße, Hausnr.	_____	Telefon mobil	_____
PLZ, Ort	_____	Telefon beruflich	_____

Hausärztin / -arzt Behandelnde/r Ärztin / Arzt Kinderärztin / -arzt

Frau Herr

Name, Vorname	_____	Telefon Praxis	_____
Straße, Hausnr.	_____	Telefon mobil	_____
PLZ, Ort	_____		

Grund des Besuchs: _____

Durch welche Ärztin / welchen Arzt bzw. Zahnärztin / Zahnarzt wurden Sie überwiesen?	Name, Vorname	_____
	Straße, Hausnr.	_____
	PLZ, Ort	_____

FRAGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND

- 01.** Werden / wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Ja Nein
 Wenn ja, wegen welcher **Krankheiten**? _____
- 02.** Hatten Sie schon **Operationen**? Wenn ja, welche? Ja Nein
- 03.** Haben oder hatten Sie eine **Hepatitis** (Gelbsucht, Leberentzündung)? Ja Nein
- 04.** Nehmen Sie zurzeit regelmäßig **Medikamente** ein? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____
 Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (z.B. wegen Osteoporose) Ja Nein
- 05.** Leiden Sie unter **Herz-Kreislaferkrankungen**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein
- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Zu hoher/zu tiefer Blutdruck Wert: _____ | <input type="radio"/> Angina pectoris |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Herzklappenfehler, künstliche Herzklappe | <input type="radio"/> Herzinnenhautentzündungen (Endokarditis) |

- 06.** Sind Sie **HIV-positiv**? Ja Nein
- 07.** Leiden Sie unter einer **Bluterkrankung**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein
 Bluterkrankheit (Hämophilie) Blutarmut (Anämie)
 Nehmen Sie **blutverdünnende Medikamente**? Ja Nein
- 08.** Leiden Sie unter einer **Stoffwechselerkrankung**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein
 Schilddrüsenerkrankung Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Andere: _____
- 09.** Haben Sie **Allergien**? Wenn ja, bitte ankreuzen. Ja Nein
 Heuschnupfen Asthma Andere:
 Reagieren Sie überempfindlich auf: Medikamente Spritzen Mundspüllösungen Nahrungsmittel?
- 10.** Hatten Sie jemals:
 eine Kieferhöhlenentzündung? Chemotherapie? Weswegen? _____
 Rheuma, Gelenkschwellungen? _____
 Verdauungsstörungen? Bestrahlung? Wo? _____
 hormonelle Störungen? Organerkrankungen (Lunge, Leber, Niere etc.)?
 Tuberkulose? Wenn ja, welche? _____ eine andere ernsthafte Erkrankung? _____
- 11.** Besteht zurzeit eine **Schwangerschaft**? Welche Woche? _____ Ja Nein
- 12.** Tragen Sie **Gelenkprothesen, Herzschrittmacher** oder **andere Implantate**? Ja Nein
 Welche? _____
- 13.** Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Was? Wieviel? _____ Ja Nein
- 14.** Leiden Sie unter **Mundgeruch**? Ja Nein
- 15.** Besitzen Sie einen **Zahnschutz**, den Sie regelmäßig beim Sport tragen? Ja Nein
 Hatten Sie vor kurzem einen **Zahnunfall**? Ja Nein
- 16.** Schnarchen Sie? Ja Nein
- 17.** Sind Schlafapnoen bekannt? Ja Nein
 Wenn ja, werden diese behandelt? Ja Nein

Ich nehme zur **Kenntnis**, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Informationen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.

Datum: Unterschrift:

Ich bin **einverstanden**, dass mir – falls notwendig – eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber **informiert**, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Datum: Unterschrift:

Ich bin **einverstanden**, dass alle über mich erhobenen Daten, Gewebeproben und entfernte Zähne unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit und in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke in der medizinischen Forschung verwendet werden können. Daten können ebenfalls unter Einhaltung strikter Vertraulichkeit zu Prüf- und Kontrollzwecken von den zuständigen Behörden eingesehen werden. Diesbezüglich sind die behandelnden Zahnärztinnen und -ärzte vom Patientengeheimnis befreit. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen (Vetorecht), ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.

Datum: Unterschrift:

FÜR UNSERE KLEINSTEN PATIENTEN Für einen **angenehmen Behandlungsablauf** bitte zusätzlich ausfüllen:

Lieblingsfarbe _____ Lieblingstier _____ Lieblingsgeschmack _____

Was mag Ihr Kind besonders gern? _____

Was mag Ihr Kind überhaupt nicht? _____