

Gesundheitsbogen

ich bin gesetzlich versichert

ich bin privat versichert

ich bin **Standarttarif versicherte/r (privat) gemäß § 257 Abs. 2a SGB V.**

Name der Kasse: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Mitglied / Zahlungspflichtiger/ gesetzliche/r Vertreter/in

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können, bitte wir Sie den Termin spätestens 24 Stunden vorher abzusagen, da Ihnen sonst die vorgesehene Arbeitszeit in Rechnung gestellt wird. (§304, §615 BGB)

Gesundheitsfragebogen (Bitte nur Zutreffendes ankreuzen)

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- Zustand nach Infarkt
- Herzinsuffizienz
- Muskelentzündung
- Verengung der Herzkranzgefäße
- Rythmusstörungen
- Bypassoperation
- Herzklappenersatz
- Schrittmacher

Kreislauf

- Niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter

Augen

- Grauer Star
- Grüner Star

Atmungswege/Lunge

- Asthma
- Bronchitis

Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

Blase-Nieren

- Blasenerkrankung
- Nierenerkrankung
- Dialyse

Leber

- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C

Zentrales Nervensystem

- Epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

- Kopfschmerzen
- Migräne

Bitte wenden

Patientenname: _____ Patientenvorname: _____

Bewegungsapparat

- Rheuma
- Rheumatoide Arthritis
- Gicht

Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- HIV bzw. AIDS
- Tuberkulose
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Sonstige medizinisch wichtige Informationen

Behandelnder Hausarzt: _____ Telefon: _____

JA NEIN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie Drogen oder trinken Sie Alkohol im Übermaß? Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe? Welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besitzen Sie einen Allergiepass?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf? Welche?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie zur Zeit schwanger?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist bei Ihnen Zahnersatz vorhanden?

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

- Empfohlen durch: _____
- Telefonbuch/Gelbe Seiten
- Zeitungsannonce
- Internet

Weitere administrativ wichtige Informationen

- Möchten Sie zukünftig Informationen von unserer Praxis?
- Wünschen Sie unseren Recall - Erinnerungsdienst?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch stellen wir Ihnen daher gern einen Fahrer zur Verfügung.

Ketsch, den _____ Unterschrift _____