



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN - 1

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ Stadt Straße und Hausnummer

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an:

### Allgemeine Situation

	Ja	Nein		Ja	Nein
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionen:			Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/>			Osteoporose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstige Erkrankungen?					

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weswegen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN - 2

### Zahn-Mund-Situation

	Ja	Nein
Haben Sie Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie das Gefühl, dass Sie an Mundgeruch leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Geräusche im Kiefergelenk (z.B. beim Gähnen, Kauen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Farbe Ihrer Zähne zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?		
Wann war Ihre letzte Zahnreinigung?		
Wurde im letzten Jahr Röntgenaufnahmen im Kieferbereich angefertigt? Wenn ja wo?		
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?		
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welches besondere Anliegen führt Sie in unsere Praxis?		
Wie möchten Sie an zeitlich längere Termine erinnert werden? <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> SMS		
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?		

Termine, die Sie nicht einhalten können, bitten wir im Interesse aller Patienten mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, da ansonsten die Ausfallkosten (GOZ) berechnet werden, sofern kein Ersatz gefunden werden kann.

Ich bin damit einverstanden in die Erinnerungskartei der Praxis aufgenommen zu werden.

-----  
Datum

-----  
Unterschrift