



# DR. SOBIEGALLA & TEAM

## Biologische Zahnarztpraxis

### Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte/r Patient/in,

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

#### Persönliches

Name/ Vorname \_\_\_\_\_

Straße/ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz \_\_\_\_\_

Tel. mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenkasse/ private Krankenversicherung \_\_\_\_\_

gesetzlich Versichert  ja  nein    Zusatzversicherung  ja  nein privat versichert  ja  nein

beihilfeberechtigt  ja  nein    Basistarif  ja  nein

#### Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

#### Wer ist Ihr Hausarzt?

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

#### Hinweise zur Organisation

Sie können einen Termin nicht einhalten? Bitte sagen Sie ihn mindestens 24 Stunden vorher ab. Wir wissen dass ein vereinbarter Termin in der Hektik des Alltages schon einmal vergessen werden kann. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, eine Ausfallgebühr zu berechnen, falls Termine wiederholt nicht rechtzeitig (mind. 24 Stunden vorher) abgesagt werden. Als Terminpraxis ist es uns meist nicht möglich den für Sie reservierten Termin kurzfristig anderweitig zu vergeben.

## In eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

von Bekannten empfohlen

Telefon-/Branchenbuch

Zeitungsanzeige

Überweisung von \_\_\_\_\_

Internet, über die Seite \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

Möchten Sie unseren Praxisnewsletter per Email erhalten?

ja  nein

Möchten Sie von uns per Post, Mail oder telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?  ja  nein

## Warum suchen Sie uns auf? Wünschen Sie eine/n...

Routinekontrolle

neuen Zahnersatz

Beratung

zweite Meinung

Schmerzbehandlung

andere Gründe:

---

## Haben Sie akute Schmerzen?

ja  nein

## Wenn ja, wie äußern sich diese?

Dauerschmerz

Zähne reagieren auf süß/sauer

Manche Zähne sind temperatur empfindlich  Zähne schmerzen auf ohne Belastung

Schmerzen oder Entzündungen am Zahnfleisch

Kieferschmerzen/ Kiefergelenkschmerzen

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe? Bitte zutreffendes ankreuzen

### Herz

( ja ) ( nein ) Zustand nach Infarkt

( ja ) ( nein ) Stents

( ja ) ( nein ) Herzinsuffizienz

( ja ) ( nein ) Muskelentzündung

( ja ) ( nein ) Verengung der Herzkranzgefäße

( ja ) ( nein ) Rhythmusstörungen

( ja ) ( nein ) Bypassoperation

( ja ) ( nein ) Herzklappenersatz

( ja ) ( nein ) Herzklappenentzündung

( ja ) ( nein ) Schrittmacher

( ja ) ( nein ) Angina Pectoris

### Kreislauf

( ja ) ( nein ) niedriger Blutdruck

( ja ) ( nein ) Bluthochdruck

( ja ) ( nein ) Durchblutungsstörungen

( ja ) ( nein ) Schlaganfall

### Erkrankung des blutbildenden Systems

( ja ) ( nein ) Blutarmut

( ja ) ( nein ) Bluter

### Augen

( ja ) ( nein ) Grauer Star

( ja ) ( nein ) Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

( ja ) ( nein ) Asthma

( ja ) ( nein ) Bronchitis

**Magen-Darm-Trakt**

- ( ja ) ( nein ) Magenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Darmerkrankung

**Blase-Nieren**

- ( ja ) ( nein ) Blasenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Nierenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Dialyse

**Leber**

- ( ja ) ( nein ) Gelbsucht
- ( ja ) ( nein ) Hepatitis

**Bewegungsapparat**

- ( ja ) ( nein ) Rheuma
- ( ja ) ( nein ) rheumatoide Arthritis
- ( ja ) ( nein ) Gicht

**Zentrales Nervensystem**

- ( ja ) ( nein ) epileptische Anfälle

**Vegetatives Nervensystem**

- ( ja ) ( nein ) Kopfschmerzen
- ( ja ) ( nein ) Migräne

**Stoffwechsel**

- ( ja ) ( nein ) Zuckerkrankheit
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenüberfunktion
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenunterfunktion

**Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?**

- ( ja ) ( nein ) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- ( ja ) ( nein ) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- ( ja ) ( nein ) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- ( ja ) ( nein ) Osteoporose
- ( ja ) ( nein ) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

**Titel:**                      **Arzt:**    **Ort:**    **Telefon:**

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

- ( ja ) ( nein ) Bluten Sie lange wenn Sie sich schneiden, oder bekommen Sie leicht blaue Flecken?
- ( ja ) ( nein ) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten tgl. ?
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Besitzen Sie einen Allergiepass?  
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?.....
- ( ja ) ( nein ) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?  
Wenn ja, welche ?.....
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie z.Zt. schwanger?  
Wenn Ja, in welchem Monat?.....
- ( ja ) ( nein ) Haben Sie eine Gelenkprothese wie z. B. Knie- oder Hüftgelenk? Wenn ja, wo genau?

**Weitere administrativ wichtige Informationen:**

- ( ja ) ( nein ) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
- ( ja ) ( nein ) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?
- ( ja ) ( nein ) Möchten Sie von uns an Ihre Zahnreinigungstermine erinnert werden?
- ( ja ) ( nein ) Sind Sie mit unserem SMS Terminerinnerungsservice einverstanden?

**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 rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Hemsbach, den ..... Unterschrift .....