



Christian Specht
Zahnarzt

Katherina Specht-Kriemelmeyer
Zahnärztin/Osteopathin

Gesundheitsfragebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis,

bevor wir bei Ihnen mit einer zahnmedizinischen Versorgung beginnen, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Allgemeinzustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und risikoarme Behandlung. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Falls Sie einen Termin bei uns nicht einhalten können, bitten wir Sie 24 Stunden vorher abzusagen, um Ihnen nicht den Ausfall in Rechnung stellen zu müssen.

Patient:
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:
Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Telefon (privat): _____

Telefon (beruflich): _____

Telefon (Mobil): _____

Telefax / E-mail: _____

Beruf: _____

falls über andere Person versichert:

Versichert über:
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:
Straße _____ PLZ _____ Wohnort _____

Versicherung / Krankenkasse: _____

Ja Nein

- Basistarif (PKV)
- Normaltarif (PKV)
- beihilfefähig
- befreit

Allgemeine Gesundheitsfragen

Ja Nein

1. Waren Sie in letzter Zeit oder sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, weshalb? _____
2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? _____
3. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar, Aspirin, ASS)?...
4. Haben Sie Allergien / Arzneimittelunverträglichkeiten?
Wenn ja, worauf? _____
5. Haben oder hatten Sie Erkrankungen des Herzens?
 - Herzklappenfehler / künstliche Herzklappen / Herzschrittmacher
 - Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)



Christian Specht
Zahnarzt

Katherina Specht-Kriemelmeyer
Zahnärztin/Osteopathin

- | 6. Haben oder hatten Sie folgende Krankheiten: | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Blutkrankheiten / Blutgerinnungsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Niedriger Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hoher Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lebererkrankungen (z. B. Hepatitis, Gelbsucht)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Infektionskrankheiten (z. B. Tuberkulose, HIV)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Asthma / Lungenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zuckerkrankheit (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nierenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Magen-Darmerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rheumatische Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schilddrüsenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nasen- /Nebenhöhlenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Anfallsleiden (z. B. Epilepsie) / Nervenerkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sonstige Erkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche? _____ | | |
| 8. Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Für weibliche Patienten: besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, in welchem Monat? _____ | | |

Zahnärztliche Gesundheitsfragen

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Was ist der Anlass für Ihren heutigen Besuch? _____
_____ | Ja | Nein |
| 2. Haben Sie Zahnschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Möchten Sie bei Zahnbehandlungen grundsätzlich eine Betäubung haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Was sollen wir bei Ihrer Behandlung besonders berücksichtigen? _____
_____ | | |
| 5. Haben Sie Schmerzen in der Kau- / Kiefermuskulatur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie Schmerzen im Ohr- / Kiefergelenkbereich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Neigen Sie zu Migräne, Kopf- / Nackenschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie Zahnfleischbluten / Zahnfleischrückgang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sind in den letzten 2 Jahren Röntgenaufnahmen im Zahnbereich
angefertigt worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Haben Sie Interesse an einer professionellen Zahnreinigung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Durch wen wurden wir Ihnen empfohlen? _____ | | |

Datum

Unterschrift des Patienten