

# Gesundheitsfragebogen

Wir heißen Sie Herzlich willkommen! Um Sie optimal beraten und auch behandeln zu können, benötigen wir einige wichtige, freiwillige Angaben. Sollten sich bezüglich der einzelnen Punkte irgendwelche Unklarheiten ergeben, sind wir Ihnen gerne bei der Beantwortung behilflich.

Angaben zur Patientin/ zum Patienten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat/mobil: \_\_\_\_\_ Tel. gesch.:\* \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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

Angaben zum Hauptversicherten (falls abweichend vom Patienten):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon privat/mobil: \_\_\_\_\_ Tel. gesch.:\* \_\_\_\_\_

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

Angaben zur Krankenversicherung:

Name des Krankenversicherungsträgers: \_\_\_\_\_

Beihilfestelle/Zahnzusatzversicherungen: \_\_\_\_\_

GKV: Kostenerstattung Ja  Nein  PKV: Basis-/Standardtarif Ja  Nein

Überweisender Arzt / Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?\* \_\_\_\_\_

\*Freiwillige Angabe

Bitte wenden und Rückseite ausfüllen!

**Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen**

Ja / Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten, Hautausschläge, Latexallergie, Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinunverträglichkeit oder sonstiges)?

\_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnentfernungen stärkere Blutungen auf?

\_\_\_

Ist eine Erkrankung des Herzens bekannt?

\_\_\_

(Klappenersatz, Schrittmacher, Angina pectoris, Infarkt, Herzfehler oder weitere)

Besteht ein zu hoher oder niedriger Blutdruck?

\_\_\_

War ein Schlaganfall aufgetreten? Wenn ja wann?

\_\_\_

Sind Infektionserkrankungen bekannt? (Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV....)

\_\_\_

Ist eine Erkrankung des Nervensystems bekannt?

\_\_\_

(Depression, Epilepsie/Krampfleiden, M. Parkinson, Alzheimer oder weitere)

Besteht ein Grüner Star (Glaukom)?

\_\_\_

Ist eine Atemwegs-/Lungenkrankheit bekannt? (Asthma, chron. Bronchitis oder weitere)

\_\_\_

Ist eine Nierenerkrankung bekannt? Wenn ja, erhalten Sie Dialyse?

\_\_\_

Ist eine Lebererkrankung bekannt?

\_\_\_

Ist eine Magen-Darm-Erkrankung bekannt?

\_\_\_

Ist eine Schilddrüsenfunktionsstörung bekannt?

\_\_\_

Ist eine Zuckerkrankheit bekannt? Wenn ja, spritzen Sie Insulin?

\_\_\_

Ist eine Nebennierenfunktionsstörung bekannt?

\_\_\_

Ist das Vorliegen einer Osteoporose bekannt?

\_\_\_

Besteht oder bestand eine Tumor-/Krebserkrankung?

\_\_\_

Bekommen oder bekamen sie jemals Chemo- und/oder Strahlentherapie

\_\_\_

Nehmen oder nahmen Sie i. d. Vergangenheit Medikamente zur Beeinflussung des Knochenwachstums/Knochenstoffwechsels ein (Bisphosphonate, RANKL-Inhibitoren, etc.)

\_\_\_

Tragen Sie Gelenkprothesen (z.B. Knie, Hüfte oder Organtransplantate)

\_\_\_

Bestehen Erkrankungen des Immunsystems? (Rheum. Arthritis, Psoriasis, Immundefekte)

\_\_\_

Rauchen Sie? Falls ja wie viele Zigaretten o.ä. pro Tag: \_\_\_\_\_ Stück

\_\_\_

Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen?

\_\_\_

Für weibliche Patienten: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?

\_\_\_

An welcher Körperregion wurden Sie zuletzt geröntgt? Warum und wann wurde geröntgt?

Wenn Sie an einer nicht aufgeführten Krankheit leiden, erbitten wir an dieser Stelle weitere Erläuterungen

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Erklärung der Patientin/des Patienten oder des Sorgeberechtigten:

Ich erkläre hiermit, dass ich die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand nach bestem Wissen gemacht habe. Fehlende Angaben oder Falschangaben können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Behandlung führen. Meine Angaben zur Krankenversicherung sind vollständig und richtig. Ebenso wurde ich darauf hingewiesen, dass bei Nichtvorlage der Versichertenkarte eine Privatrechnung erstellt wird. Falsche Angaben zu meiner Person oder meiner Krankenversicherung können zu rechtlichen Konsequenzen führen. Verschiedene Krankheitsbilder und operative Situationen bedürfen einer bildlichen Dokumentation. Ich bin damit einverstanden, dass diese Bilder hinreichend anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken durch Dr. A. Kärgel, Dr. M. Kurz, Prof. Dr. Dr. H. Schierle oder ihren Kollegen verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass meine zur Behandlung notwendigen Daten digitalisiert und gespeichert werden. Ich bin damit einverstanden, dass diese bei Notwendigkeit an den überweisenden bzw. weiterbehandelnden Kollegen übermittelt werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_