



DR. MAYER

Oralchirurgie | Zahnheilkunde

## Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine an Ihrem Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

### Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefon, Handy: \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_

### Versichertendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Adresse (falls abweichend): \_\_\_\_\_  
Telefon, Handy (falls Abweichend): \_\_\_\_\_  
email: \_\_\_\_\_

### Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

#### Herz

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

#### Kreislauf

- niedriger Blutdruck
- Bluthochdruck
- Angina pectoris
- Durchblutungsstörungen
- Schlaganfall

#### Erkrankung des blutbildenden Systems

- Blutarmut
- Bluter

#### Augen

- Grauer Star
- Grüner Star

#### Magen-Darm-Trakt

- Magenerkrankung
- Darmerkrankung

#### Bewegungsapparat

- Rheuma
- rheumatoide Arthritis
- Gicht

#### Vegetatives Nervensystem

- regelmäßige Kopfschmerzen
- Migräne

#### Stoffwechsel

- Zuckerkrankheit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Schilddrüsenunterfunktion

#### Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen

- Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
  - HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
  - Hepatitis
  - Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
  - Dialyse
  - epileptische Anfälle
  - Bronchitis/Asthma
  - Osteoporose
  - Autoimunerkrankung
  - Röteln, Mumps, Masern, Scharlach
- wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_



**DR. MAYER**

Oralchirurgie | Zahnheilkunde

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

- Ja  Nein Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?  
Wenn ja, welche Fachrichtung? \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Waren Sie vor kurzem oder sind Sie zur Zeit noch in ärztlicher Behandlung?  
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 Haben Sie Allergien?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Besitzen Sie einen Allergiepass?  
Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Sind Sie zur Zeit schwanger?  
Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_
- Ja  Nein Rauchen Sie Zur Zeit?  Ja  Nein Haben Sie früher geraucht?
- Ja  Nein Besteht eine Neigung zum Knirschen oder Pressen mit den Zähnen?

**Weitere administrativ wichtige Informationen:**

- Ja  Nein Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 10 Jahre)

Wer ist Ihr Zahnarzt \_\_\_\_\_

**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.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Datenschutzerklärung**

Da ab 25.05.2018 die EU Datenschutz Grundverordnung durchgesetzt werden muss, ergibt sich Neues.

- Ja  Nein Ich bin damit einverstanden, dass Röntgenbilder von mir, per Mail oder per Briefwechsel von Kollegen ausgehändigt bzw. von der Praxis Dr. Mayer an Kollegen im Bedarfsfall ausgehändigt werden dürfen.

- Ja  Nein Ich bin damit einverstanden, dass im Bedarfsfall mein Hausarzt Auskunft über meinen Gesundheitszustand gegenüber der Praxis Dr. Mayer geben darf?

Hinweis zum Datenschutz

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Herr/Frau \_\_\_\_\_ stimmt der Speicherung seiner/ihrer personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Er/Sie wird darauf hingewiesen, dass er/sie diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_