



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Patient/in

Name, Vorname.....
Straße.....
PLZ und Wohnort.....
Telefonnummer Mobilnummer.....
Email.....
Geburtsdatum.....Geburtsort.....
 weiblich männlich Hausarzt.....
Beruf.....
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?.....

Hauptversicherter

Name, Vorname.....
Straße..... PLZ und Wohnort.....
Geburtsdatum Email.....

Rechnungsempfänger

Name, Vorname.....
Straße..... PLZ und Wohnort.....
Geburtsdatum Email.....

Krankenkasse/ Versicherung

gesetzliche Krankenkasse Welche?.....
 private Krankenversicherung Welche?.....
 Beihilfe
 Basistarif

Trifft eine der nachfolgenden Erkrankungen auf Sie zu?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Immunschwäche |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit (z.B. HIV) | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen (Hepatitis A,B, C) |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Grüner Star |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Magen-/ Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Migräne, häufige Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck zu hoch <input type="checkbox"/> zu niedrig <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Krebs, wenn ja, welchen? | |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung, wenn ja, welche? | |
| <input type="checkbox"/> Nehmen sie blutgerinnungshemmende Medikamente (z.B. Eliquis, Xarelto)?
Wenn ja, welche? | |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zu sich?
Wenn ja, welche? | |
| <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Bisphosphonate ein (z.B. Fosamax, Zometa, Actonel)? | |
| <input type="checkbox"/> Allergien
Wenn ja, wogegen? | |
| <input type="checkbox"/> Es besteht eine Schwangerschaft in derWoche | |

Bitte wenden 

Allgemeine Fragen

Wann wurde ca. das letzte Mal (Jahr) ein Röntgenbild Ihrer Zähne angefertigt?

Wann (Jahr) waren Sie zuletzt beim Zahnarzt?

Was ist der Grund des heutigen Zahnarztbesuches?

Routineuntersuchung Schmerzen

kieferorthopädische Beratung

Andere Gründe

Haben Sie besondere Wünsche beim Zahnarzt?

Möchten Sie von uns in regelmäßigen Abständen zu Ihrer Vorsorgeuntersuchung angeschrieben

werden? ja nein

Möchten Sie unseren **SMS-Termin Erinnerungsservice** nutzen? ja nein

(bitte Mobilnummer auf Seite 1 notieren)

Dieser Fragebogen dient Ihrer Sicherheit, da Krankheiten aller Art Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben können. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragenbogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Bitte teilen Sie uns Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes schnellstmöglich mit.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Gesundheitsangaben.

Weiterhin bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Datenschutzerklärung der Praxis für Zahngesundheit zur Kenntnis genommen zu haben. Sie erklären sich einverstanden, dass der behandelnde Zahnarzt/-ärzte innerhalb der Behandlungskette Ihre Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Sie können jederzeit, auf schriftlichen Antrag, Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über Sie gespeichert wurden, erhalten. Zusätzlich haben Sie das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung Ihrer medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Falls Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können sagen Sie diesen bitte **48 Stunden vorher** bei uns per Email ab. Bei **Nicht-Wahrnehmung Ihres Termins OHNE Absage**, müssen wir Ihnen eine Ausfallpauschale in Höhe von **50 Euro je 30 Min** Terminlänge in Rechnung stellen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Vielen Dank

Köln den, _____

Datum

Patienten Unterschrift/Unterschrift eines Erziehungsberechtigten