



## Praxisteam Dr. Jäckle

# Gesundheitsfragebogen

### Liebe Patientin, lieber Patient,

zur bestmöglichen zahnärztlichen Betreuung benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies dient Ihrer Sicherheit, da Allgemeinerkrankungen auch Auswirkungen auf zahnärztliche Therapien haben können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Dieser Gesundheitsfragebogen ersetzt nicht das zahnärztliche Aufnahmegespräch!

### Persönliches

..... Vorname [Patient]	..... Name [Patient]	..... Geburtsdatum [Patient]
..... Vorname [Versicherte/r]	..... Name [Versicherte/r]	..... Geburtsdatum [Versicherte/r]
..... PLZ	..... Ort	..... Straße, Nr.
..... Telefon [privat]	..... Telefon [mobil]	..... E-Mail
..... Gesundheitskasse	..... Private Zusatzversicherung	..... Beihilfeberechtigt
..... Hausarzt	..... Beruf	..... Telefon [beruflich]

### Aktuelles

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, weswegen? ..... .....	Leiden Sie derzeit an einer Infektion? (z.B. Erkältung, Magen-Darm-Infekt,...) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--------------------------------------	--

### Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder aktuell Medikamente ein? (z.B. Schmerz-, Schlaf-, Herz- und Kreislaufmedikamente oder blutgerinnungshemmende Mittel wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®, ASS100®, Clopidogrel®, Edoxaban®, Dabigatran®, Plavix®, Antidiabetika, Psychopharmaka, sonstige Medikamente) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welcher Dosierung? Oder Sie bringen die Medikamentenliste von Ihrem Arzt mit. 😊 ..... .....	Nehmen Sie Bisphosphonate ein? (Medikamente gegen Osteoporose, z.B. Fosamax®, Alendron, Zometa®) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stehen/standen Sie unter medikamentöser Chemotherapie oder Strahlentherapie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	--

### Alkoholkonsum

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  
 ja  nein

Wenn ja, was und wie viel?  
.....

### Tabakkonsum

Rauchen Sie?  
 ja  nein

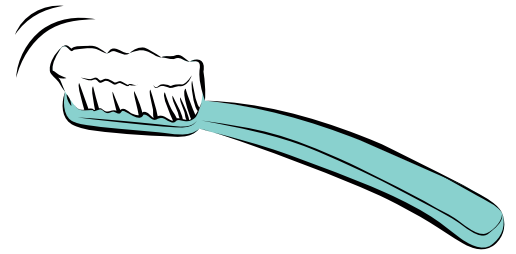
Wenn ja, wie viel?  
.....

### Sonstiger Konsum

Nehmen Sie weitere sonstige Substanzen zu sich?  
 ja  nein

### Für Frauen

Nehmen Sie die Pille? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stillen Sie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	---



## Gesundheitsfragebogen

### Vorerkrankungen - haben oder hatten Sie...

Allergien?

ja  nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....

Anfallsleiden (Epilepsie)?

ja  nein

Krebserkrankungen?

ja  nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....

Hepatitis?

ja  nein

Tuberkulose (Tbc)?

ja  nein

HIV (AIDS)?

ja  nein

Sonstige Infektionserkrankungen  
(MRSA, Corona/Covid 19)?

ja  nein

Blutgerinnungsstörungen  
(Neigung zu blauen Flecken)?

ja  nein

Herzfehler?

ja  nein

Herzschwächen/Herzinsuffizienz/  
Herzschrittmacher?

ja  nein

Herzinfarkt

ja  nein

Herzmuskelentzündung  
(Myocarditis/Endocarditis)?

ja  nein

Künstliche Herzklappe?

ja  nein

Blutdruckstörungen  
(hoher oder niedriger)?

ja  nein

Thrombose/Embolien  
(Schlaganfall o.Ä.)?

ja  nein

Sonstige Herz-/Kreislaufferkrankungen?

ja  nein

Schilddrüsenfunktionsstörungen?

ja  nein

Dialysepflichtigkeit?

ja  nein

Niereninsuffizienz?

ja  nein

Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)?

ja  nein

Osteoporose?

ja  nein

Asthma?

ja  nein

Chronische obstruktive  
Lungenerkrankung (COPD)?

ja  nein

Schlafapnoe?

ja  nein

Depressionen/Angstzustände?

ja  nein

Grüner Star

ja  nein

### Frühere Operationen

Kam es bei vormaligen Operationen  
zu folgenden Komplikationen:

Verstärkte Blutung?

ja  nein

Verzögerte Wundheilung?

ja  nein

Sonstige Besonderheiten?

ja  nein

Welche relevanten früheren Operationen  
(z.B. Herz-/Kreislauf) haben bei Ihnen  
stattgefunden:

.....  
.....

### Hinweis zum Datenschutz

Gemäß den Datenschutzrichtlinien des  
BDSG bzw. EU-DSGVO im Sinne § 73 Abs.  
1b SGB V(5/2018) bin ich mit der Erhebung,  
Verarbeitung und Speicherung meiner  
Patientendaten und deren Weitergabe  
zum Zweck der Therapie einverstanden.  
Eine Patienteninformation zum Daten-  
schutz hängt in unserer Rezeption aus.

Ich versichere, dass ich alle Angaben  
wahrheitsgemäß gemacht habe. Ich  
verpflichte mich, alle Änderungen, die  
sich während der gesamten Behandlungs-  
zeit ergeben, umgehend mitzuteilen.

Des Weiteren verpflichte ich mich,  
vereinbarte Behandlungstermine

einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden  
vor dem vereinbarten Termin abzusagen.  
Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht  
rechtzeitig abgesagte Termine in  
Rechnung gestellt werden können.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in

Erziehungsberechtigte/r