Dr. med. dent.
Maja Sophie Weber
ZAHNARZTPRAXIS

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN (ANAMNESEBOGEN)

Für eine an Ihren 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.

Name / Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon- / Handynummer

E-Mail

Notfallkontaktperson

Handynummer von Notfallkontaktperson

Hausarzt / Ort

Krankenkasse

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen)

Herz-Kreislaufsystem

- ☐ Herzinfarkt; wenn ja, wann: _____
- ☐ Herzklappenersatz / -schrittmacher / Bypass
- ☐ Endokarditis
- ☐ Herzinsuffizienz / -rhythmusstörungen
- ☐ Schlaganfall; wenn ja, wann: _____
- ☐ Niedriger Blutdruck
- ☐ Bluthochdruck

Augen

- ☐ Grüner / Grauer Star

Atmungswege / Lunge

- ☐ Asthma

Magen- / Darm-Erkrankung

- ☐ wenn ja, welche: _____

Nieren

- ☐ Nierenerkrankung: _____
- ☐ Dialyse

Stoffwechsel

- ☐ Diabetes
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen

Bewegungsapparat

- ☐ Rheuma / Gicht
- ☐ künstliche Gelenke; wenn ja, welche: _____
- ☐ Osteoporose

Nervensystem

- ☐ epileptische Anfälle
- ☐ Migräne

Sonstige Erkrankungen

- ☐ Infektionserkrankungen:
  Hepatitis / HIV / AIDS / Tuberkulose
- ☐ Tumorerkrankungen; wenn ja, welche:
  _____
- ☐ Andere hier nicht aufgeführte Erkrankungen:
  wenn ja, welche: _____

Für Patientinnen

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ☐ JA ☐ NEIN

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen (z.B. ASS, Clopidogrel, Marcumar, Eliquis, Xarelto, Lixiana)?

Nehmen Sie Medikamente, die den Knochenstoffwechsel beeinflussen (z.B. Bisphosphonate / Alendronsäure)?

Nehmen Sie Medikamente, die das Immunsystem beeinflussen (z.B. Immunsuppressiva, MTX)?

Leiden Sie unter Allergien gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Nehmen Sie sonstige Medikamente?

Sie sind uns wichtig!

Leiden Sie unter: ☐ Angst vor zahnmedizinischen Eingriffen ☐ starker Schmerzempfindlichkeit ☐ starkem Würgereiz

Haben Sie einen Pflegegrad? ☐ NEIN ☐ JA, ich habe Pflegegrad: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 (bitte ankreuzen)

Besitzen Sie eine Zahnzusatzversicherung? ☐ JA ☐ NEIN

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit darauf aufmerksam, dass Ihre Verkehrsuntüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann, sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch bestellen wir Ihnen gern ein Taxi.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand und willige in die Erhebung, Nutzung und Speicherung der Daten zum Zweck der Diagnostik, Behandlung und Nachsorge ein. Eine Behandlung kann wegen möglicher unkalkulierbarer Risiken für Sie und/oder unser Personal bei Nichtangabe verweigert werden.

Menden, den _____ Unterschrift: _____

Erklärung zum Datenschutz

Ich willige in die Erhebung, Nutzung und Speicherung meiner Kontaktdaten zum Zweck der Terminerinnerung und -koordination ein. Die Kontaktaufnahme erfolgt per E-Mail oder Telefon.

Ich willige in die Erstellung, Speicherung und Nutzung von Fotos zum Zweck der Behandlungsplanung und -dokumentation ein.

Hiermit willige ich ein, dass meine behandelnden Zahnärzte meine erhobenen Patientendaten sowie sämtliche erhobenen medizinischen und sonstigen Daten elektronisch verarbeiten und mit dem überweisenden bzw. mitwirkenden Arzt/Zahnarzt, dem zahntechnischen Labor sowie den Versicherungen, Krankenkassen und den Abrechnungsstellen austauschen dürfen, soweit dies für Diagnostik, Behandlung oder Nachsorge im Einzelfall erforderlich ist.

Die Einwilligung umfasst auch die zahnmedizinischen Fachangestellten und Labormitarbeiter. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Menden, den _____ Unterschrift: _____

ZAHNARZTPRAXIS Dr. med. dent. Maja Sophie Weber · Querstraße 1 · 58706 Menden (Sauerland)
Telefon: 02373 – 3777 · Telefax: 02373 – 3707 · praxis@maja-weber.de · **www.maja-weber.de**
UNSERE ÄRZTE: Dr. med. dent. Maja Sophie Weber, Dr. med. dent. Jennice Born, Dr. med. dent. Hans-Rudolf Neuhaus