

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.  
Schön, dass Sie bei uns sind.

## Gesundheitsfragebogen

Um uns optimal um Sie und Ihre Behandlung kümmern zu können, benötigen wir neben Ihren persönlichen Angaben auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand.  
Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig und gewissenhaft aus. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.  
Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil

\_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber

### Ihre Krankenversicherung (Name)

gesetzlich

zusatzversichert oder  
beihilfeberechtigt

Rezeptgebühr befreit

privat

Basistarif

Pflegegrad  
wenn ja, welcher?

Postbeamtenkrankenkasse

Als Familienangehöriger mitversichert bei Mitglied/Zahlungspflichtiger:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

---

**Ihr Hausarzt** (Name, Anschrift und Telefon)

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

ja nein

- Hoher Blutdruck
- Niedriger Blutdruck
- Herzklappenfehler/-ersatz
- Herzschrittmacher
- Endokarditis
- Herzoperationen (Stent, Bypass)
- Herzinfarkt
- Schlaganfall

**Infektionskrankheiten**

ja nein

- HIV
- Hepatitis   Wenn ja,  A  B  C
- Tuberkulose
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit & seine Varianten
- MRSA
- Sonstige   Wenn ja, welche?

**Allergien und Unverträglichkeiten**

Falls Allergiepass vorhanden bitte an der Anmeldung vorzeigen.

ja nein

- Lokalanästhetika/Spritzen
- Antibiotika   Wenn ja, welche?
- Schmerzmittel   Wenn ja, welche?
- Latex
- Sonstige   Wenn ja, welche?

**Weitere Erkrankungen**

ja nein

- Blutgerinnungsstörungen
- Diabetes
- Krebs/Tumorerkrankung   Wenn ja, welche?
- Osteoporose
- Epilepsie/Anfallsleiden
- Gemütskrankung/Depression
- Asthma
- Lungenerkrankung
- Gelenkprothese   Wenn ja, seit wann?
- Thrombose
- Grüner Star
- Nierenfunktionsstörung
- Rheuma
- Ohnmachtsneigung
- Lebererkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- schlecht heilende Wunden

## Medikamente

Falls Medikamentenplan vorhanden bitte vorzeigen.

ja nein

Nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

---

Nehmen Sie Blutverdünner? (z.B. Marcumar, ASS/Asprin, Plavix, Clopidogrel, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Aggrenox, Efient, Brilique, Godamed, Iscover, Prasugrel)

ja nein

Wenn ja, welche?

---

Nehmen oder haben Sie je Bisphosphonate eingenommen?  
(z.B. Zometa, ACTONEL, Fosamax, Denosumab)

ja nein

Wenn ja, welche?

---

Chemo-/Strahlentherapie

ja nein

Immunsuppressiva

Drogenkonsum

ja nein

Alkoholgenuss

Wenn ja,  selten  oft  regelmäßig

Raucher

Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag?

Frühere zahnärztliche Röntgenuntersuchungen?

ja nein

Wenn ja, wann?

---

Für Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein unklar

Wenn ja, welcher Monat?

---

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

---

Gerne erinnern wir Sie an Ihre regelmäßigen Kontrolluntersuchungen. Wünschen Sie diesen Service?

ja nein

## Wichtige Information

Bitte beachten Sie, dass eine Injektion (Spritze) zur Schmerzausschaltung Ihre Sicherheit (Verkehrstüchtigkeit und Reaktionsfähigkeit) im Straßenverkehr beeinträchtigen kann. Daher sollten Sie nach einer örtlichen Betäubung nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Sie sind Patient/in in einer Bestellpraxis. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir uns vorbehalten, Termine die nicht mindestens 24 Stunden vor Behandlung abgesagt werden, in Rechnung zu stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zum Zweck der Rechnungsstellung ggf. zur Übermittlung von Daten an die Kassenzahnärztliche Vereinigung alle hierzu notwendigen Unterlagen, insbesondere meinen Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Behandlungsdokumentation, Laborrechnungen und Formulare weitergegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zweckgebunden nach Datenschutzgrundverordnung DSGVO verarbeitet werden. Eine Ausfertigung der „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ kann ich auf Wunsch in der Praxis erhalten und liegt zusätzlich im Wartezimmer aus.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden zu haben und alle Angaben nach bestem Wissen gewissenhaft beantwortet zu haben. Ich bin mit der Speicherung meiner persönlichen Daten einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift