



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

BACHMANN & SINGER
ZAHNMEDIZIN & MUND-, KIEFER-
UND GESICHTSCHIRURGIE

Name, Vorname	<input type="text" value="PATIENT"/>	Name, Vorname	<input type="text" value="VERSICHERTER"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text" value="VERSICHERTER"/>
Straße	<input type="text"/>	Straße	<input type="text" value="VERSICHERTER"/>
PLZ / Ort	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Telefon Privat	<input type="text"/>	Krankenversicherung	<input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> privat
Telefon Mobil	<input type="text"/>	Krankenkasse / Nummer	<input type="text"/>
Telefon Arbeit	<input type="text"/>	Zahnzusatzversicherung vorhanden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
E-Mail	<input type="text"/>		
Beruf	<input type="text"/>		
Arbeitgeber (Anschrift)	<input type="text"/>		
Hausarzt	<input type="text"/>		

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie diesen Gesundheitsfragebogen möglichst vollständig aus. Ihre Antworten erleichtern es uns, für Sie die beste Behandlung auszuwählen und das Risiko für Komplikationen zu minimieren. Selbstverständlich fallen alle Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht und sind freiwillig. Sollte Ihnen etwas unklar sein, wenden Sie sich bitte an uns, wir helfen Ihnen gerne.

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?	JA NEIN	WENN SIE MIT JA ANTWORTEN, BITTE GGF. ERGÄNZENDE ANGABEN EINTRAGEN	JA NEIN
1 Bluterkrankungen	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	6 Osteoporose	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
2 Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	6.1 Nehmen Sie Medikamente gegen Osteoporose ein? (Wenn ja, welche?)	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
2.1 Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? (Wenn ja, welche?)	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	_____	
3 Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	7 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
3.1 HIV-Infektion	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> Herzklappenfehler <input type="radio"/> Herzklappenersatz	
3.2 TBC / Tuberkulose	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> Endokarditis <input type="radio"/> Herzschrittmacher	
3.3 Lebererkrankung	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Stent	
3.4 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht)	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	8 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
4 Allergien (Wenn ja, welche?) _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	9 Wie ist Ihr Blutdruck?	
_____		<input type="radio"/> niedrig <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> hoch	
4.1 Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	10 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
5 Grüner Star/Glaukom	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	(Wenn ja, welcher Typ?) _____	
		11 Psychische Erkrankungen / Angststörungen	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

BACHMANN & SINGER
ZAHNMEDIZIN & MUND-, KIEFER-
UND GESICHTSCHIRURGIE

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

- 12** Schlaganfall JA NEIN
- 13** Anfallsleiden (Epilepsie) JA NEIN
- 14** Rheuma JA NEIN
- 15** Schilddrüsenerkrankung JA NEIN
- 16** Asthma JA NEIN
- 17** Nierenerkrankungen oder -anomalien JA NEIN
- 18** Tumore / Krebs JA NEIN
- 19** Andere Erkrankungen (Wenn ja, welche?) JA NEIN

- 20** Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Mittel ein? (Wenn ja, welche?) JA NEIN

- 21** Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? JA NEIN
 unsicher (Wenn ja, welche SSW?) _____
- 22** Rauchen Sie? (Wenn ja, wie viel?) _____ JA NEIN
- 23** Trinken Sie häufig Alkohol? JA NEIN
- 24** Konsumieren Sie andere Rauschmittel? JA NEIN
- 25** Leiden Sie unter häufigen Schmerzen oder Verspannungen im Kiefer, Kopfbereich oder Nacken? JA NEIN
- 26** Haben sie Kiefergelenkprobleme? JA NEIN
- 27** Haben sie störende Hautveränderungen im Kopf-, Gesichtsbereich? JA NEIN
- 28** Stört Sie Ihre Zahnstellung? JA NEIN
- 29** Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe unzufrieden? JA NEIN
- 30** Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? JA NEIN

JA | NEIN

WENN SIE MIT JA ANTWORTEN, BITTE GGF. ERGÄNZENDE ANGABEN EINTRAGEN

JA | NEIN

- 31** Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter örtlicher Betäubung? JA NEIN
- 32** Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung? JA NEIN
- 33** Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
 persönliche Empfehlung
 Internet / Homepage
 Telefonbuch / Das Örtliche / Gelbe Seiten
 sonstiges: _____

EINWILLIGUNGEN

- Ich bin mit einer eventuellen Fotodokumentation einverstanden.
- Ich möchte an meinen nächsten Vorsorge-/ Kontrolltermin erinnert werden (Dieser Service ist kostenfrei und kann jederzeit widerrufen werden.).
- Telefonisch / SMS per E-Mail
- Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe meiner Daten an Vor-, Mit- und Nachbehandler (z.B. Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Hausärzte, Physiotherapeuten usw.) ausdrücklich zu. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen
- Ich habe alle Fragen gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner Daten umgehend mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.
- Ich bin einverstanden, dass Fachzahnarzt DDr. Benjamin Singer Einsicht in die Patientenkarte des Vorgängers OMR Dr. Gerhart Bachmann nehmen darf.

ANÄSTHESIE-AUFKLÄRUNG Bei einer örtlichen Betäubung (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie) können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden (auch dauerhaft), Zahnfleissschädigung. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Zahnarztpraxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen (DSGVO).

Datum, Unterschrift Patient/in

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter