

Gesundheitsfragebogen

Liebe Patienten und Patientinnen,
dieser Gesundheitsfragebogen (Anamnese) unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.
Er dient dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und ist daher bitte vollständig auszufüllen. Sollten Sie Fragen haben, dann helfen wir Ihnen gerne weiter.

Name, Vorname _____ Hauptversicherter: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefon-/Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____

Gibt es einen gesetzlichen Vertreter? ja 0 nein 0

Falls Sie einen Medikamentenplan, Allergiepass, Marcumarausweis, Herzpass o.Ä. besitzen, zeigen Sie diesen bitte an der Anmeldung vor!

Haben Sie die bisherigen (zahn-)ärztlichen Behandlungen gut vertragen? ja 0 nein 0

Wenn nein, warum nicht? _____

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten geröntgt? ja 0 nein 0

Wurden Sie schon einmal im Bereich Mund/Kiefer/Gesicht operiert? ja 0 nein 0

Wenn ja, was / wann? _____

Sind Sie Raucher? ja 0 nein 0 **Nehmen Sie Drogen/Alkohol?** ja 0 welche: _____ nein 0

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte unterstreichen Sie diese) ja 0 nein 0

Blutverdünner (z.B.: Marcumar®, Plavis®, ASS®, Clopidogrel®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Aggrenox®, Efixent®, Brilique®, Godamed®, Iscover®, Prasugrel®) andere:

Bisphosphonate (z.B.: Zometa®, Actonal®, Fosamax®, Denosumab®) andere: _____

Nehmen Sie täglich /wöchentlich/monatlich Medikamente/Spritzen ein? ja 0 nein 0

Wenn ja, welche: _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten? Bitte unterstreichen Sie!

Entwicklungsstörungen / Behinderung ja 0 nein 0

(z.B. Störung der Sprache oder motorischen Funktion, Autismus, Rett-Syndrom, geistige Behinderung, Asperger-Syndrom)

- Herzerkrankungen / Herzoperationen** ja 0 nein 0
(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzklappenerkrankung/ -ersatz, Herzschwäche, Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Stent, Bypass, künstliche Herzklappe)
- Kreislauf- und Gefäßerkrankungen** ja 0 nein 0
(z.B. zu hoher / zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombose, Embolie)
- Blutgerinnungsstörungen** ja 0 nein 0
(z.B. Blutarmut, Blutverdünnung, angeborene Bluterkrankungen, Hämophilie)
- Lungen- und Atemwegserkrankungen** ja 0 nein 0
(z.B. Atemnot beim Treppensteigen (COPD), Asthma, chronische Bronchitis, chronische Sinusitis, Pneumothorax, Schnupfen (Rhinitis), gestörte Atemreflexe , Schlafapnoe)
- Lebererkrankungen** ja 0 nein 0
(z.B. Leberverfettung, Leberverhärtung, Leberentzündung)
- Ansteckende Krankheiten** ja 0 nein 0
(z.B. AIDS/HIV, Hepatitis (Gelbsucht), Tuberkulose)
- Nieren- und Harnwegserkrankungen** ja 0 nein 0
(z.B. eingeschränkt Nierenfunktion, Nierentransplantation, Prostata, Dialyse- welche Tage: _____)
- Erkrankung des Verdauungstraktes** ja 0 nein 0
(z.B. Magenerkrankungen, chronische Darmerkrankungen (Morbus Chron, Colitis ulcerosa), Ileus)
- Stoffwechselerkrankungen** ja 0 nein 0
Zuckererkrankungen/Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Osteoporose)
- Augenerkrankungen** ja 0 nein 0
(z.B. Grüner Star (Glaukom), Grauer Star (Katarakt), kürzlich Augenoperationen)
- Nervenleiden** ja 0 nein 0
(z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Depression, Multiple Sklerose o.ä.)
- Allergien / Überempfindlichen** ja 0 nein 0
Wenn ja, welche: _____
- Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen oder Operationen** ja 0 nein 0
z.B. Krebserkrankungen, Unfälle, schwere Verletzungen, Chemo- oder Strahlentherapie), künstliche Gelenke, Organtransplantation
Wenn ja welche: _____
- Haben Sie besondere Behandlungswünsche?** ja 0 nein 0
Wenn ja, welche: _____
- Für unsere Patientinnen:** Besteht eine Schwangerschaft ja 0 SSW: _____ nein 0

Ich habe den Gesundheitsfragebogen nach bestem Wissen und gewissenhaft beantwortet.
Ich stimme der Übertragung meiner Daten zum Zwecke der Abrechnung mit der „KZV Bremen“ zu.
Alle Personenbezogenen Daten werden gesetzlich 10 Jahre gespeichert und nach Auslauf der Zeit gelöscht.
Ich stimme zu, dass medizinische Berichte und Kostenvoranschläge an meinem Überweisenden Arzt weitergeleitet werden.

Datum: Bremen, _____ Unterschrift: _____