



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: _____ Beihilfe: ja 0 nein 0

Zahnarzt/Überweiser: _____ 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®, Plavix®, ASS®, Clopidogrel®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Aggrenox®, Efient®, Brilique®, Godamed®, Iscover®, Prasugrel®) andere: _____

Bisphosphonate (z.B.: Zomenta®, 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, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Stent, Bypass, künstliche Herzklappe)

- Kreislauf- und Gefäßkrankungen** ja 0 nein 0
(z.B. zu hoher / zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombose, Embolie, Schlaganfall)
- 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. Magenkrankungen, 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, 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, trockene Alkoholiker
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.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung gemäß Art. 6,7 Abs. 1 lit a DSGVO

Ich stimme der Übertragung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abrechnung mit der „KZV Bremen“ und „ZA Nord“ zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Alle Personenbezogenen Daten werden gesetzlich 10 Jahre gespeichert und nach Auslauf der Zeit gelöscht. Ich stimme zu, dass medizinische Berichte und Kostenvorschläge an meinem Überweisenden Arzt weitergeleitet werden dürfen.

Datum: Bremen, _____ Unterschrift: _____