



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: _____

Straße, Postleitzahl und Ort: _____

Telefon-/ Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____ Körpergröße: _____

Beruf: _____ Körpergewicht: _____

Krankenkasse: _____ NUR FÜR PRIVATPATIENTEN: Beihilfe: ja nein

Zahnarzt/Überweiser: _____ Kieferorthopäde: _____ Hausarzt: _____

Gibt es einen gesetzlichen Vertreter? ja nein

Falls Sie einen Medikamentenplan, Allergie-, Marcumar-, Herz-Pass o.ä. besitzen, zeigen Sie diesen bitte an der Anmeldung vor!

Haben Sie die bisherigen (zahn-)ärztlichen Behandlungen gut vertragen? ja nein
Wenn nein, warum nicht? _____

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten im Bereich Mund/Kiefer/Gesicht geröntgt? ja nein
Wurden Sie schon einmal im Bereich Mund/Kiefer/Gesicht operiert? ja nein
Wenn ja, was / wann? _____

Rauchen Sie? ja nein Nehmen Sie Drogen/Alkohol? ja welche: _____ nein

Nehmen Sie täglich/wöchentlich/monat. Medikamente/Spritzen ein (z.B. Blutdruck, Pille etc.)? ja nein
Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte unterstreichen Sie diese) ja nein
Blutverdünner (z.B.: Marcumar®, Plavix®, ASS®, Clopidogrel®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®, Aggrenox®, Efixent®, Brilique®, Godamed®, Iscover®, Prasugrel®, Aspirin Protect) andere:
Bisphosphonate (z.B.: Zometa®, Actonal®, Fosamax®, Denosumab®), andere: _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Beeinträchtigungen? Bitte unterstreichen Sie!
Entwicklungsstörungen / Behinderung ja nein
(z.B. Störung der Sprache oder motorischen Funktion, Autismus, Rett-Syndrom, geistige Behinderung, Asperger-Syndrom)

Herzerkrankungen / Herzoperationen ja nein
(z.B. Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzklappenerkrankung/ -ersatz, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Stent, Bypass, künstliche Herzklappe, Vorhofflimmern)

Kreislauf- und Gefäßerkrankungen ja nein
(z.B. zu hoher / zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombose, Embolie, Schlaganfall)

Blutgerinnungsstörungen ja nein
(z.B. Blutarmut, Blutverdünnung, angeborene Bluterkrankungen, Hämophilie)

Lungen- und Atemwegserkrankungen ja nein
(z.B. Atemnot beim Treppensteigen (COPD), Asthma, allergisches Asthma, chronische Bronchitis, chronische Sinusitis, Pneumothorax, gestörte Atemreflexe, Schlafapnoe)

Lebererkrankungen ja nein
(z.B. Leberverfettung, Leberverhärtung, Leberentzündung)

Ansteckende Krankheiten ja nein
(z.B. AIDS/HIV, Hepatitis (Gelbsucht), Tuberkulose)

Nieren- und Harnwegserkrankungen ja nein
(z.B. eingeschränkt Nierenfunktion, Nierentransplantation, Prostata, Dialyse- welche Tage: _____)

Erkrankung des Verdauungstraktes ja nein
(z.B. Magenerkrankungen, chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Ileus)

Stoffwechselerkrankungen ja nein
Zuckererkrankungen/Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Osteoporose, Knochenerkrankung)

Augenerkrankungen ja nein
(z.B. Grüner Star (Glaukom), Grauer Star (Katarakt), kürzlich Augenoperationen)

Nervenleiden ja nein
(z.B. Epilepsie, Depression, Multiple Sklerose o.ä.)

Allergien / Überempfindlichkeiten ja nein
Wenn ja, welche: _____

Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen oder Operationen ja nein
z.B. Krebserkrankungen, Unfälle, schwere Verletzungen, Chemo- oder Strahlentherapie, künstliche Gelenke, Organtransplantation, trockene Alkoholiker, Rheuma
Wenn ja welche: _____

Haben Sie besondere Behandlungswünsche? ja nein
Wenn ja, welche: _____

Für unsere Patientinnen: Besteht eine **Schwangerschaft**? ja nein
Stillen Sie? ja nein

Ich habe den Gesundheitsfragebogen nach bestem Wissen und gewissenhaft beantwortet.
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 dürfen.

Datum: Bremen, _____ Unterschrift: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO	Praxis Schumann & Rolfsen Hemmstr. 157 28215 Bremen
---	--

Patient/in:

Name, Vorname Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Straße, Postleitzahl und Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Im Rahmen der kieferchirurgischen Behandlung kann Folgendes erforderlich sein: z.B.: <ul style="list-style-type: none">- Arztbriefe an den Hauszahnarzt zu verschicken,- Röntgenbilder an den Weiter- oder Mitbehandler zu verschicken,- Überweisungen und histologisches Untersuchungsmaterial ins Labor zu schicken,- telefonische Terminänderungen oder Terminbestätigungen vorzunehmen,- telefonische Nachfrage zum Gesundheitszustand nach einer Operation,- Rücksprachen über den Behandlungsablauf mit ihrem Hauszahnarzt / Hausarzt,- Entbindung der Schweigepflicht gegenüber weiter- und mitbehandelnden Ärzten-

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).

Datum: Bremen, _____ Unterschrift: _____