



# 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 SSW: \_\_\_\_\_ 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 Abs. 1 lit. a, 7 Abs. 1 DSGVO



Zur Info für Sie: Wir verwenden Software und Auftragsverarbeiter zur Datenverarbeitung (Praxissoftware Evident, Terminvergabesoftware Doctolib). Die Anbieter dieser Software sind genau wie wir zur Verschwiegenheit verpflichtet und dürfen ihre Daten nicht weitergeben.

### Patient/in:

Name, Vorname

Adresse

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

Im Rahmen der kieferchirurgischen Behandlung kann Folgendes erforderlich sein:

- z.B.:
- 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
  - Übermittlung von Patienteninformationen an ein zahntechnisches Labor
  - Entbindung der Schweigepflicht gegenüber weiter- und mitbehandelnden Ärzten
  - Terminerinnerung per Email oder SMS durch Doctolib (falls nicht erwünscht: bitte streichen)

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: \_\_\_\_\_