**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  **Ist ein Pflegegrad vorhanden**? **Welcher?** 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/wöchtlich/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®, Efient®, Brilique®, Godamed®, Iscover®, Prasugrel®, Aspirin Protect) andere:  
Bisphosponate (z.B.: Zomenta®, Actonal®, Fosamax®, Denosumab®, Alendronsäure),

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 0 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_