

Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Er ist im Interesse einer komplikationslosen Behandlung vollständig auszufüllen. Falls Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, klären Sie dies bitte in einem persönlichen Gespräch mit dem Arzt **v o r** der Behandlung.

Name: _____	Vorname: _____	
Geburtsname*: _____	(* Angaben erfordert die Röntgenverordnung)	
Geburtsdatum: _____	Geburtsort*: _____	
PLZ/Wohnort: _____	Strasse: _____	
Telefon privat: _____	dienstlich: _____	Handy: _____
Erlerner Beruf: _____	zur Zeit tätig als: _____	

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten im Kopfbereich geröntgt? ja nein

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

- **Herzerkrankungen** ja nein
(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzklappenerkrankung /-ersatz, Herzschwäche, Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörungen)
- **Kreislauf- und Gefäßerkrankungen** ja nein
(z.B. zu hoher / niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombose, Embolie)
- **Blutgerinnungsstörungen** (z.B. nach Verletzungen, Blutarmut, Blutverdünnung) ja nein
- **Lungen- und Atemwegserkrankungen** ja nein
(z.B. Atemnot beim Treppensteigen, Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)
- **Lebererkrankungen** ja nein
(z.B. Leberverfettung, Leberverhärtung)
- **Ansteckende Krankheiten** ja nein
(z.B. AIDS/HIV, Hepatitis/Gelbsucht, Tuberkulose)
- **Nieren- und Harnwegserkrankungen** ja nein
(z.B. eingeschränkte Nierenfunktion)
- **Erkrankungen des Verdauungstraktes** ja nein
(z.B. Magenerkrankungen, chronische Darmerkrankungen)
- **Stoffwechselerkrankungen** ja nein
(z.B. Zuckerkrankheit/Diabetes, Schilddüsenerkrankung, Osteoporose)
- **Augenerkrankungen** ja nein
(z.B. grüner Star)
- **Nervenleiden** ja nein
(z.B. Epilepsie, Schlaganfall, Depression)
- **Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen** (z.B. Medikamente, Nahrungsmittel) ja nein

Wenn ja, welche

BITTE RÜCKSEITE AUCH AUSFÜLLEN!

- **Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen?** ja nein
(z.B. Tumorerkrankungen, Erkrankungen des Immunsystems)

Wenn ja, welche _____

- **Sind Sie schwanger oder stillen Sie?** ja nein
- **Rauchen Sie? Wieviel?** ja nein
- **Trinken Sie täglich Alkohol?** ja nein
- **Verwenden Sie Drogen?** ja nein
- **Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?** Wenn ja, bitte untere Tabelle nutzen! ja nein
- **Sonstige Besonderheiten** (z.B. Verletzungen, Tumorerkrankungen, Chemo- oder Strahlentherapie) ja nein

Wenn ja, welche _____

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

Name des Medikaments und Stärke	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Ich werde hiermit darauf aufmerksam gemacht, dass meine **VERKEHRSTÜCHTIGKEIT** im Straßenverkehr unter Einfluss von verabreichten Medikamenten oder infolge von Befindlichkeitsstörungen nach der Behandlung unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann.

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte von der **SCHWEIGEPFLICHT** und willige in den gegenseitigen Informationsaustausch durch das Führen einer gemeinsamen Patientenkartei innerhalb der Praxismgemeinschaft Hr. Gerhard Jansen, Hr. Dr. med. Dr. med. dent. Jörg Jeschke, Fr. Dr. med. Birga Jeschke und Hr. Dr. med. Gerd Zündorff ein.

Darüber hinaus entbinde ich die genannten Ärzte der Praxismgemeinschaft von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht zur Anforderung und Übersendung der u.g. Unterlagen.

Folgende Unterlagen/Röntgenbilder und Befunde dürfen von den mitbehandelnden Zahnärzten / Kieferorthopäden / MKG-Chirurgen / Ärzten angefordert und an die betreffenden Kollegen ggf. auch unverschlüsselt übersendet werden:

- OPG
- Zahnfilm
- 3D-Bildgebung
- Arztbriefe
- Zahntechnik-/Labormaterial
- Laborproben/-befunde

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar – siehe Datenschutzerklärung gemäß Art. 13 DSGVO. Mit der Erhebung dieser personenbezogenen Daten bin ich einverstanden.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte 24 Stunden vorher ab, damit wir diesen neu vergeben können. Für kurzfristig abgesagte oder versäumte Termine berechnen wir eine Ausfallgebühr!

Datum:

Unterschrift:

Bitte geben Sie die ausgefüllten Unterlagen direkt beim Zahnarzt ab, wenn Sie aufgerufen werden!