

Zahnarztpraxis am Husarenhof

Dr. Azita Attarchi Tehrani

Gesundheitsfragebogen

Patient:

Adresse:

Beruf:

Versichert bei:

Telefon/e- mail:

Für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Telefonnummer und Anschrift Ihres

Arbeitgebers:

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe ?

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Muskelentzündung
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall

Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
- (ja) (nein) Bluter
- (ja) (nein) Neigen Sie zu Nachblutungen nach Operationen?
- (ja) (nein) Neigen Sie zu "Blauen Flecken" auch ohne Verletzungen bzw. nach leichter Berührung?

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star
- (ja) (nein) Glaukom

Atmungswege / Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis
- (ja) (nein) Schnarchen Sie? Wenn ja, wünschen Sie eine Beratung oder Therapie?.....

Atmungswege / Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis
- (ja) (nein) Schnarchen Sie? Wenn ja, wünschen Sie eine Beratung oder Therapie?.....

Magen-Darm-Trakt

- (ja) (nein) Magenerkrankung
- (ja) (nein) Darmerkrankung
- (ja) (nein) Verdauungsstörungen
- (ja) (nein) Sodbrennen
- (ja) (nein) Refluxkrankheit

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Blasenerkrankung
- (ja) (nein) Nierenerkrankung
- (ja) (nein) Dialyse

Leber

- (ja) (nein) Gelbsucht
- (ja) (nein) Hepatitis A/B/C

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) rheumatoide Arthritis
- (ja) (nein) Gicht
- (ja) (nein) Ist Ihnen ein "Knacken" im Kiefergelenk aufgefallen, welches Ihnen Beschwerden macht?.....
- (ja) (nein) Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung (Zahnklammer) ?
- (ja) (nein) Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie zur Zeit am Knochensystem mit Bisphosphonaten behandelt? Wenn ja, wegen welcher Erkrankung, wann und mit welchem Präparat?.....

Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) epileptische Anfälle
- (ja) (nein) Depressionen
- (ja) (nein) Angstzustände

Vegetatives Nervensystem

- (ja) (nein) Kopfschmerzen
- (ja) (nein) Migräne

Stoffwechsel

- (ja) (nein) Zuckerkrankheit
- (ja) (nein) Schilddrüsenüberfunktion
- (ja) (nein) Schilddrüsenunterfunktion

Allergien

- (ja) (nein) Heuschnupfen
- (ja) (nein) Nahrungsmittel
- (ja) (nein) Penicilline
- (ja) (nein) Jod
- (ja) (nein) Latex
- (ja) (nein) andere Medikamente?
- (ja) (nein) Haben Sie einen Allergiepass?

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- (ja) (nein) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- (ja) (nein) HIV bzw. AIDS, Tuberkolose
- (ja) (nein) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- (ja) (nein) Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein, wie z.B. ?

- (ja) (nein) Aspirin oder ASS
- (ja) (nein) Marcumar
- (ja) (nein) Plavix
- (ja) (nein) Ticlopidin
- (ja) (nein) Clopidogrel

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankung in Behandlung sind:

Titel: **Arzt:** **Ort:**

Sonstige medizinische wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht stark verringert?
- (ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?
Wenn ja, welche?.....
- (ja) (nein) Leiden Sie an leicht auslösbaren Würgereizen beim Zahnarzt?
- (ja) (nein) Sind Sie Schwanger?
Wenn ja, in welchem Monat?.....
- (ja) (nein) Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate geröntgt? Wenn ja, wann und welche
Region.....
- (ja) (nein) Haben Sie einen Röntgenpass?

Sind Sie in zahnärztlicher Behandlung? Wer war Ihr Behandler (freiwillige Angabe)

Titel: **Arzt:** **Ort:** **Telefon:**

- (ja) (nein) Haben Sie zur Zeit Zahnschmerzen?
- (ja) (nein) Wünschen Sie eine Behandlung unter lokaler Anästhesie?
- (ja) (nein) Sind schon einmal Probleme bei einer zahnärztlichen Anästhesie aufgetreten?
- (ja) (nein) Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?
- (ja) (nein) Haben Sie Probleme mit Mundgeruch?
- (ja) (nein) Wurden schon einmal eine Parodontitis – Behandlung durchgeführt? Wenn ja,
wann?.....
- (ja) (nein) Benutzen Sie Zahnzwischenraumbürste?
- (ja) (nein) Benutzen Sie Zahnseide?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Legen Sie Wert auf feststehenden Zahnersatz? Wenn ja, warum:

Welche Wünsche verbinden Sie mit Ihrem Zahnersatz?

Wie schätzen Sie Ihre Kauffunktion ein?

Nur wenn zutreffend: Wie kommen Sie mit dem Zustand nach Zahnverlust zurecht?

- (ja) (nein) Stört Sie das Fehlen der Zähne ästhetisch?
(ja) (nein) Fühlen Sie sich durch das Fehlen der Zähne im allgemeinen beeinträchtigt?

Weitere administrativ wichtige Informationen:

- (ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)
(ja) (nein) Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine erinnert werden?
wenn ja, per Telefon per Post per E-Mail

(ja) (nein) Sind Sie zahnzusatzversichert?
(ja) (nein) Sind Sie Beihilfe versichert? (Beamte)
(ja) (nein) Sind Sie Basistarif (Standardtarif) versichert? (Nur privat Versicherte)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?.

Wünschen Sie eine besondere Beratung über:

- (ja) (nein) Gesunderhaltungsprogramm zur Karies- und Parodontitisvorbeugung?
(ja) (nein) Zahnaufhellung?
(ja) (nein) Hochwertigen Zahnersatz?
(ja) (nein) Sonstiges?

Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektion oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir ihn gern ein Taxi. Weiterhin können an der Einstichstelle aufgrund von Verletzungen kleiner Blutgefäße Einblutungen ins Gewebe (Hämatome) entstehen. Außer dem behandelten Zahn sind auch die umliegenden Weichteile (Zunge, Lippe, Wangen) betäubt, verzichten Sie bitte solange dieser Zustand anhält auf die Nahrungsaufnahme um Selbstverletzungen, wie Bisse oder Verbrennungen zu vermeiden. In äußerst seltenen Fällen kann bei einer Leitungsanästhesie auch eine Irritation der Nervenfasern eintreten, bei der die Spontanheilung abgewartet werden muss, sollte das Taubheitsgefühl nicht nach 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie uns bitte.

Wir bitten Sie Termine die Sie in unserer Praxis nicht wahrnehmen können mindestens 24 Stunden vorab telefonisch abzusagen, damit die Zeit einem anderen Patienten zur Verfügung gestellt werden kann, bei einer Nichtabsage würde aufgrund des s. g. Annahmeverzugs ein Vergütungsanspruch des Honorarausfalles nach §§ 611, 615 BGB auf Sie zu kommen.

Hamburg, den Unterschrift