

# Praxis für Zahnheilkunde Dr. Daniella Kaiser

Pirnaer Str. 30 01809 Heidenau Tel.: 03529 517188 Fax.: 03529 527495  
www.zahnarzt-heidenau.de



## Gesundheitsfragebogen Neupatient 1/3

Herzlich Willkommen! Wir freuen uns über Ihren Besuch in unserer Zahnarztpraxis!

Gern möchten wir Sie kennen lernen und in Ruhe mit Ihnen über Ihre Wünsche sprechen. Sie erleichtern uns Ihre Aufnahme in unseren Patientenkreis, wenn Sie sich einige Minuten Zeit nehmen und diesen Aufnahmebogen ausfüllen. Vielen Dank.

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Name gesetzlicher Vertreter/ Versicherter</b>	<b>Vorname gesetzlicher Vertreter/ Versicherter</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<b>Tel. Nr.: Privat</b>	<b>Beruf zur Zeit *</b>	<b>E-Mail</b>
<b>Tel. Nr.: Dienstlich *</b>	<b>Anschrift Arbeitgeber *</b>	<b>PLZ/ Ort Arbeitgeber *</b>

\* Auch diese Angaben sind für uns wichtig. Sie können aber freiwillig entscheiden, ob Sie diese angeben möchten.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung optimal Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und möglichst risikoarm auf Ihre Angaben abzustimmen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das zahnärztliche Personal. Wir helfen Ihnen gern weiter.

### Haben Sie eine der nachstehenden Erkrankungen?

- |  |                             |   |  |
|--|-----------------------------|---|--|
| - Diabetes (Zuckerkrankheit)                         | Ja <input type="checkbox"/> | - Augenerkrankung Grüner Star (Glaukom) | Ja <input type="checkbox"/>  |
| - Bluthochdruck                                      | Ja <input type="checkbox"/> | - Augenerkrankung Grauer Star           | Ja <input type="checkbox"/>  |
| - zu niedrigen Blutdruck                             | Ja <input type="checkbox"/> | - Schilddrüsenunterfunktion             | Ja <input type="checkbox"/>  |
| - Blutgerinnungsstörungen                            | Ja <input type="checkbox"/> | - Schilddrüsenüberfunktion              | Ja <input type="checkbox"/>  |
| - übermäßiges Nachbluten nach OP's                   | Ja <input type="checkbox"/> | - Anfallsleiden (Epilepsie)             | Ja <input type="checkbox"/>  |
| - Durchblutungsstörungen                             | Ja <input type="checkbox"/> | - Nierenfunktionsstörung                | Ja <input type="checkbox"/> Dialysepflichtig Ja <input type="checkbox"/>                                     |
| - Atemwegserkrankungen/ Asthma                       | Ja <input type="checkbox"/> | - Tuberkulose                           | Ja <input type="checkbox"/>  |
| - Herzerkrankung                                     | Ja <input type="checkbox"/> | - Hepatitis                             | A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, was?  |                             | - HIV/ Aids                             | Ja <input type="checkbox"/>  |
| _____  |                             | - Osteoporose                           | Ja <input type="checkbox"/>  |
| - Besitzen Sie einen Herzpass?                       | Ja <input type="checkbox"/> | - Künstliche Gelenke oder Implantate    | Ja <input type="checkbox"/>  |
| (Wenn ja, legen Sie uns diesen bitte zur Kopie vor.) |                             | Wenn ja, welche oder wo?                |  |
| - Leiden Sie an Allergien                            | Ja <input type="checkbox"/> | _____                                   |  |
| Wenn ja, welche?                                     |                             | - Tumorerkrankungen                     | Wenn ja, welche? Ja <input type="checkbox"/>   |
| _____  |                             | _____                                   |  |
| - Besitzen Sie einen Allergiepass?                   | Ja <input type="checkbox"/> | - Patientinnen: Sind Sie schwanger?     | SSW: _____ Ja <input type="checkbox"/>   |
| (Wenn ja, legen Sie uns diesen bitte zur Kopie vor.) |                             |   |  |

# Praxis für Zahnheilkunde Dr. Daniella Kaiser

Pirnaer Str. 30 01809 Heidenau Tel.: 03529 517188 Fax.: 03529 527495  
www.zahnarzt-heidenau.de



## Gesundheitsfragebogen Neupatient 2/3

- Sind Sie alkoholkrank?  Ja  - Rauchen Sie?  Ja
- Sind Sie „trockener“ Alkoholiker?  Ja  - Leiden Sie an Depressionen?  Ja
- Nehmen Sie regelmäßig Drogen?  Ja  - Leiden Sie an Zahnarztangst?  Ja
- Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung wegen einer Erkrankung oder Therapie, welche hier nicht aufgeführt ist (z. Bsp. Chemotherapie, Bestrahlung, Bisphosphonattherapie, Kinderwunschbehandlung...)?  Ja
- Oder haben Sie eine andere Erkrankung?

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (ggf. bitte Medikamentenzettel vorlegen) **z.Bsp.:**  Ja
- Gerinnungshemmende Medikamente:** **Bisphosphonate:** (z.Bsp. Alendron - Pamidron- oder Zolendronsäure)
- |  |   |                                       |  |                                    |
|--|---|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| Ja <input type="checkbox"/> ASS/ Aspirin                       | Ja <input type="checkbox"/> Aclasta       | Ja <input type="checkbox"/> Bondronat | Ja <input type="checkbox"/> Ostac        | Ja <input type="checkbox"/> XGEVA  |
| Ja <input type="checkbox"/> Marcumar/ Falithrom/ Phenprocoumon | Ja <input type="checkbox"/> Avastin       | Ja <input type="checkbox"/> Bonefos   | Ja <input type="checkbox"/> Pamiphos     | Ja <input type="checkbox"/> Zometa |
| Ja <input type="checkbox"/> Brillique/ Ticagrelor              | Ja <input type="checkbox"/> Actonel       | Ja <input type="checkbox"/> Clasteon  | Ja <input type="checkbox"/> Pamidronat   |                                    |
| Ja <input type="checkbox"/> Plavix/ Iscover/ Clopidogrel       | Ja <input type="checkbox"/> Aredia        | Ja <input type="checkbox"/> Clodron   | Ja <input type="checkbox"/> Pamidro-cell |                                    |
| Ja <input type="checkbox"/> Ticlopid                           | Ja <input type="checkbox"/> Alendron beta | Ja <input type="checkbox"/> Didronel  | Ja <input type="checkbox"/> Prolia       |                                    |
| Ja <input type="checkbox"/> Pradaxa, Xarelto, Eliquis          | Ja <input type="checkbox"/> Aclasta       | Ja <input type="checkbox"/> Diphos    | Ja <input type="checkbox"/> Reclast      |                                    |
|  | Ja <input type="checkbox"/> Actonel       | Ja <input type="checkbox"/> Etidron   | Ja <input type="checkbox"/> Sutent       |                                    |
|  | Ja <input type="checkbox"/> Bonviva       | Ja <input type="checkbox"/> Etidronat | Ja <input type="checkbox"/> Skelid       |                                    |
|  | Ja <input type="checkbox"/> Beta          | Ja <input type="checkbox"/> Fosavance | Ja <input type="checkbox"/> Trevanate    |                                    |
|  |   | Ja <input type="checkbox"/> Fosamax   | Ja <input type="checkbox"/> Tildren      |                                    |

- Andere Medikamente: \_\_\_\_\_

- Name des Hausarztes ggf. des z. Z. behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

- letzter Zahnarztbesuch/ Vorbehandler \_\_\_\_\_

### Weitere wichtige Informationen:

- Besitzen Sie einen Röntgenpass?  Ja  - Wurden im letzten Jahr Rö- Aufnahmen angefertigt im Kopf- Kiefer- Zahn- Bereich?  Ja
- Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft (lückenlose Einträge der letzten 10 Jahre)?  Ja
- Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine (Bonusheft, Zahnreinigung) per Postkarte erinnert werden?  Ja
- Wer hat uns an Sie weiter empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? (Bitte Name...)

Hiermit bestätige ich, dass dieser Gesundheitsfragebogen von mir sorgfältig gelesen und wahrheitsgemäß beantwortet wurde. Sollten sich diesbezüglich Änderungen ergeben, werde ich diese umgehend, vor der zahnärztlichen Behandlung mitteilen. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mit behandelnde Ärzte (Hausarzt), Zahnärzte oder Fremdlabore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mit behandelnden Ärzten und Zahnärzten eingeholt werden dürfen. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann. Ich bestätige den Erhalt des praxisinternen Datenschutzes.

**Geschafft! 😊 Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe!**

Datum

Unterschrift / gesetzl. Vertreter