

## Gesundheitsbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes. Die Information zum Datenschutz liegt im Wartezimmer aus. Die personenbezogenen Daten nutzen wir für ärztliche und praxisorganisatorische Aufgaben. Die Angabe Ihrer Daten können Sie widerrufen.

### Persönliches

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort
Telefon (ggf. dienstlich)	E-Mail (bitte gut lesbar schreiben)
Wen im Notfall benachrichtigen? (Tel.)	Beruf/ Arbeitgeber
Krankenkasse/ Versicherung/ ggf. Zusatzversicherung	Ihr Hausarzt

### Nachfolgend zutreffendes bitte ankreuzen bzw. unterstreichen und ggf. ergänzen.

Haben Sie Zahnfleischbluten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Kiefergelenksprobleme, Kopfschmerzen, Rückenbeschwerden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel Zigaretten täglich? _____	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wünschen Sie eine umfassende Beratung? Wenn ja zu welchen Themen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Sind Sie Allergiker? Wenn ja, auf was? (Allergiepass bitte vorlegen.)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie eine Atemwegserkrankung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie ein Anfallsleiden, z. B. Epilepsie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Diabetes?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Herz-Kreislaufkrankungen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> Herzschwäche	<input type="radio"/> Herzinfarkt	<input type="radio"/> Bluthochdruck
<input type="radio"/> Bypass	<input type="radio"/> Mangel durchblutung des Hirns/Schlaganfall	
<input type="radio"/> Herzklappenfehler/-ersatz	<input type="radio"/> Herzschrittmacher	

**Bluten Sie nach Verletzungen lange nach?**  ja  nein  
**Nehmen Sie Mittel zur Blutverdünnung? Wenn ja, welche:**  ja  nein

---

Haben Sie eine Lebererkrankung? Hatten oder haben Sie Hepatitis?  ja  nein  
Haben Sie Infektionskrankheiten? (HIV, Tuberkulose, oder Ähnliches)  ja  nein  
Haben Sie eine Nierenerkrankung oder eine eingeschränkte Nierenfunktion?  ja  nein  
Haben Sie einen Gelenkersatz?  ja  nein  
Leiden Sie unter Depressionen?  ja  nein  
Haben Sie Osteoporose?  ja  nein  
Haben oder hatten Sie eine Krebserkrankung?  ja  nein  
Bekommen Sie vom Orthopäden/Onkologen Medikamente (Bisphosphonate)?  ja  nein  
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? (ggf. Medikationsplan bitte vorlegen)  ja  nein  
Wenn ja, welche:

---

---

---

Nahmen oder nehmen Sie Drogen?  ja  nein  
Für Frauen: Sind Sie schwanger? Wenn ja, welcher Monat:  ja  nein

---

Haben Sie einen Pflegegrad oder eine Behinderung  ja  nein  
Wünschen Sie sich hellere Zähne?  ja  nein  
Wann war Ihr letzter Zahnarztbesuch?

---

Was erwarten Sie von uns, als Zahnarztteam?

---

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

---

Ich versichere, alle Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben. Änderungen werde ich umgehend mitteilen.

Chemnitz, \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Zahnärztin Dr. Cornelia Krasselt, Kathleen Eißmann (Verwaltungsassistentin), Steffi Müller (Prophylaxespezialistin), Anja Bohne (Zahnmedizinische Fachangestellte) und Susanne Markgraf (ZMP/ Prophylaxespezialistin)