



# ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Christian Thomä & Kollegen

## Gesundheitsfragebogen

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

bevor wir uns entspannt über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese dienen ihrer Sicherheit, nachdem Allgemeinerkrankungen auch Auswirkungen auf zahnärztliche Therapien haben können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliches

Vorname

Name

Geburtsdatum, Geburtsort

PLZ

Ort

Straße, Nr.

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

E-Mail

Zahnarzt

Hausarzt

Wer hat uns empfohlen?

Gesundheitskasse

Private Zusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

Beruf

Arbeitgeber



# ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Christian Thomä & Kollegen

## Für Frauen

Nehmen Sie Kontrazeption (Pille)?  
 ja  nein

Stillen Sie?  
 ja  nein

Besteht eine Schwangerschaft?  
 ja  nein

## Aktuelles

Befinden Sie sich in ärztlicher  
Behandlung?  
 ja  nein

Wenn ja, weswegen?

---

---

Leiden Sie derzeit an einer Infektion?  
(z.B. Erkältung, Magen-Darm-Infekt,...)  
 ja  nein

## Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig oder aktuell  
Medikamente ein?(z. B. Schmerz-,  
Schlaf-, Herz- und Kreislaufmedikamente  
oder blutgerinnungshemmende Mittel  
wie Heparin, Marcumar®, Aspirin®,  
Plavix®, Antidiabetika, Psychopharmaka,  
sonstige Medikamente)  
 ja  nein

Wenn ja, in welcher Dosierung?

---

---

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  
(Medikamente gegen Osteoporose,  
z.B. Fosamax®, Alendron, Zometa®)  
 ja  nein

Stehen/standen Sie unter  
medikamentöser Chemotherapie  
oder Strahlentherapie?  
 ja  nein

## Alkoholkonsum

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  
 ja  nein

Wenn ja, was zbd wie viel?

---

---

## Tabakkonsum

Rauchen Sie?  
 ja  nein

## Sonstiger Konsum

Nehmen Sie sonstige Substanzen  
zu sich?  
 ja  nein

---

---



# ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Christian Thomä & Kollegen

## Vorerkrankung

Haben oder hatten Sie...

Allergien?

ja  nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hepatitis?

ja  nein

Tuberkulose(Tbc)?

ja  nein

HIV (AIDS)?

ja  nein

Sonstige Infektionserkrankungen (MRSA...)?

ja  nein

Blutgerinnungsstörungen (Neigung zu blauen Flecken)?

ja  nein

Herzfehler?

ja  nein

Herzschwäche/ Herzinsuffizienz/ Herzschrittmacher?

ja  nein

Angina pectoris Beschwerden (Brustschmerzen)

ja  nein

Herzinfarkt?

ja  nein

Herzmuskelentzündung? (Myocarditis/Endocarditis)?

ja  nein

Künstliche Herzklappe?

ja  nein

Blutdruckstörungen (hoher oder niedriger)

ja  nein

Trombose/Embolien(Schlaganfall o.Ä.)?

ja  nein

Sonstige herz-/Kreislaufferkrankungen?

ja  nein

Schilddrüsenfunktionsstörungen?

ja  nein

Dialysepflichtigkeit?

ja  nein

Niereninsuffizienz?

ja  nein

Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)?

ja  nein

Osteoporose?

ja  nein

Asthma?

ja  nein

Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)?

ja  nein

Schlafapnoe?

ja  nein

Depressionen/Angstzustände?

ja  nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# ZAHNARZTPRAXIS

Dr. Christian Thomä & Kollegen

## Frühere Operationen

Kam es bei vormaligen Operationen zu folgenden Komplikationen:

Verstärkte Blutung?

ja  nein

Verzögerte Wundheilung?

ja  nein

Verstärkte Narbenbildung (Keloid)?

ja  nein

Sonstige Besonderheiten?

ja  nein

Welche relevanten früheren Operationen (z. B. Herz-/Kreislauf) haben bei Ihnen stattgefunden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Hinweis zum Datenschutz

Gemäß den Datenschutzrichtlinien des BDSG bzw. EU-DSGVO im Sinne § 73 Abs. 1b SGB V (5/2018) bin ich mit der Erhebung, Verarbeitung & Speicherung meiner Patientendaten und deren Weitergabe zum Zweck der Therapie einverstanden.

Ich versichere, dass ich alle Angaben entsprechend meinem eigenen Informationsstand gemacht habe. Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

\_\_\_\_\_  
Datum Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigte/r