

## Gesundheitsfragebogen

Wir heißen Sie Herzlich willkommen! Um Sie optimal beraten und auch behandeln zu können, benötigen wir einige wichtige, freiwillige Angaben. Sollten sich bezüglich der einzelnen Punkte irgendwelche Unklarheiten ergeben, sind wir Ihnen gerne bei der Beantwortung behilflich.

### Angaben zur Patientin/ zum Patienten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. privat/mobil: \_\_\_\_\_ Tel. gesch.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Versicherten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon pp/mobil: \_\_\_\_\_ Tel. gesch.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Krankenversicherung:

Name des Krankenversicherungsträgers: \_\_\_\_\_

Beihilfestelle/Zahnzusatzversicherungen: \_\_\_\_\_

GKV: Kostenerstattung Ja  Nein  PKV: Basis-/Standarttarif Ja  Nein

Überweisender Arzt / Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

**Bitte wenden und Rückseite ausfüllen!**

	Ja	/	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	___		___
Wenn ja, welche? _____			
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen (Überempfindlichkeiten, Hautausschläge, Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinunverträglichkeit oder sonstiges)?	___		___
Wenn ja, welche? _____			
Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf?	___		___
Ist eine Erkrankung des Herzens bekannt? (Klappenersatz, Schrittmacher, Angina pectoris, Infarkt, Herzfehler oder weitere)	___		___
Besteht ein zu hoher oder niedriger Blutdruck?	___		___
War ein Schlaganfall aufgetreten?	___		___
Sind Infektionserkrankungen bekannt? (Tuberkulose, Hepatitis, Aids/HIV....)	___		___
Ist eine Erkrankung des Nervensystems bekannt? (Depression, Epilepsie/Krampfleiden, M. Parkinson, Alzheimer oder weitere)	___		___
Besteht ein Grüner Star (Glaukom)?	___		___
Ist eine Atemwegs-/Lungenkrankheit bekannt? (Asthma, chron. Bronchitis oder weitere)	___		___
Ist eine Nierenerkrankung bekannt? Wenn ja, erhalten Sie Dialyse?	___		___
Ist eine Lebererkrankung bekannt?	___		___
Ist eine Magen-Darm-Erkrankung bekannt?	___		___
Ist eine Schilddrüsenfunktionsstörung bekannt?	___		___
Ist eine Zuckerkrankheit bekannt? Wenn ja, spritzen Sie Insulin?	___		___
Ist eine Nebennierenfunktionsstörung bekannt?	___		___
Ist das Vorliegen einer Osteoporose bekannt?	___		___
Ist eine Tumorerkrankung bekannt?	___		___
Bekommen oder bekamen sie jemals Chemo- und/oder Strahlentherapie	___		___
Nehmen oder nahmen Sie i. d. Vergangenheit Medikamente zur Beeinflussung des Knochenwachstums ein (Bisphosphonate, RANKL-Inhibitoren, etc.)	___		___
Bestehen Erkrankungen des Autoimmunsystems? (Rheumatoide Arthritis, Psoriasis,...)	___		___
Rauchen Sie? Falls ja wie viele Zigaretten o.ä. pro Tag: _____ Stück	___		___
Für weibliche Patienten: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	___		___
An welcher Körperregion wurden Sie zuletzt geröntgt? Warum und wann wurde geröntgt?			

Wenn Sie an einer nicht aufgeführten Krankheit leiden, erbitten wir an dieser Stelle weitere Erläuterungen:

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Erklärung der Patientin/des Patienten oder des Sorgeberechtigten:

Ich erkläre hiermit, dass ich die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand nach bestem Wissen gemacht habe. Fehlende Angaben oder Falschangaben können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit der Behandlung führen. Meine Angaben zur Krankenversicherung sind vollständig und richtig. Ebenso wurde ich darauf hingewiesen, dass bei Nichtvorlage der Versichertenkarte eine Privatrechnung erstellt wird. Falsche Angaben zu meiner Person oder meiner Krankenversicherung können zu rechtlichen Konsequenzen führen. Verschiedene Krankheitsbilder und operative Situationen bedürfen einer bildlichen Dokumentation. Ich bin damit einverstanden, dass diese Bilder hinreichend anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken durch Prof. Dr. Dr. H. Schierle oder seinen Kollegen verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass meine zur Behandlung notwendigen Daten digitalisiert und gespeichert werden. Ich bin damit einverstanden, dass diese bei Notwendigkeit an den überweisenden bzw. weiterbehandelnden Kollegen übermittelt werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_