

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Herzlich willkommen bei Kästel – Oralchirurgie. Um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen lassen zu können, benötigen wir einige Angaben über Ihre Gesundheit. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst genau. Selbstverständlich unterliegen die Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Name	Mobil
Vorname	Krankenkasse
Geburtsdatum	Versicherter
Anschrift	Basis-/Standardtarif
Beruf	Beihilfeberechtigung
E-Mail	Zusatzversicherung
Telefon	

Dürfen wir Sie an Kontrolltermine erinnern?	ja	nein		
Falls ja:	per E-Mail	per whats app	per sms	per Brief
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Überweisung des Hauszahnarztes	Freunde / Familie	Internet	Sonstige

FRAGEN ZU HERZ- / KREISLAUF

Haben Sie hohen Blutdruck?
ja nein

Haben Sie niedrigen Blutdruck?
ja nein

Hatten Sie schonmal einen Herzinfarkt?
ja nein

Haben Sie einen Herzklappenfehler/- ersatz?
ja nein

Besitzen Sie einen Herzpass?
ja nein

Hatten Sie bereits Herzoperationen?
ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?
ja nein

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung?
ja nein

LEIDEN SIE AN FOLGENDEN ERKRANKUNGEN? (WENN JA, BITTE ANKREUZEN)

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

Diabetes / Zuckerkrankheit

Schilddrüsenerkrankung
(Über- / Unterfunktion)

Osteoporose

HABEN SIE ALLERGIEN?

Lokalanästhesie / Spritzen ja nein

Antibiotika ja nein

Schmerzmittel ja nein

Sonstige

INFEKTIÖSE ERKRANKUNGEN

Lebererkrankungen / Hepatitis A/B/C

Tuberkulose

Infektionserkrankungen (MRSA)

HIV / AIDS

ALLGEMEINE FRAGEN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
ja nein

Wenn ja, welche?

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

Hämophilie / Blutgerinnungsstörung

Epilepsie / Anfallsleiden

Glaukom

Asthma / Lungenerkrankung

Nierenerkrankung

Organtransplantation

Krebserkrankung

Nehmen Sie Bisphosphonate, Immunsuppressiva?

Rauchen Sie? ja nein

Nehmen Sie Drogen? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Monat?

Stillen Sie? ja nein

Sind bei Ihnen bereits zahnärztliche Röntgen-
aufnahmen durchgeführt worden?
ja nein

Wenn ja, wann?
Bei:



Änderungen dieser Angaben während der Behandlung teile ich umgehend mit. Die Praxis reserviert Termine als reine Bestellpraxis speziell für Sie. Wir bitten, Termine bei Verhinderung mind. 24h vorher abzusagen, damit wir sie an andere Patienten weitergeben können. Termine, die nicht oder später abgesagt werden, stellen wir entsprechend der Ausfallzeit in Rechnung. Vielen Dank für Ihre Mithilfe für einen perfekten Ablauf! Ich bin damit einverstanden, dass Fotos, die aus forensischen Gründen angefertigt werden, auch für wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge verwendet werden. Gesichter sind dabei nicht zu erkennen.

Datum

Unterschrift