



# Gesundheitsbogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Dieses Datenblatt dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung Ihres Gesundheitszustandes optimal anpassen zu können.

**Patient**

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Geburtsort: .....  
Straße: .....  
PLZ/Ort: .....  
Telefon privat: .....  
Telefon mobil: .....  
Telefon beruflich: .....  
E-Mail: .....

**Versicherter** (nur für Mitversicherte in einer Familienversicherung)

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Geburtsort: .....  
Straße: .....  
PLZ/Ort: .....  
Telefon privat: .....  
Telefon mobil: .....  
Telefon beruflich: .....  
Empfohlen von: .....

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?  Verwandte  Bekannte  Telefonbuch  Internet

Wer ist Ihr Hausarzt? .....

Was ist Ihr Beruf? .....

Haben Sie eine private Zusatzversicherung? .....

**Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre nächste Vorsorgeuntersuchung?**

Ja, per Post  Ja, per E-Mail  Ja, per SMS  Ja, telefonisch  Nein

**Bestehen oder bestanden bei Ihnen die folgende Krankheiten, Beschwerden, Befunde?**

	Ja	Nein		Ja	Nein		Ja	Nein
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung/Hepatitis A;B;C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit(Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden(Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche(HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankung (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Leiden Sie an:</b>	Ja	Nein
Herzerkrankung _____	◇	◇
Wenn ja, welche: .....		
Allergien? _____	◇	◇
Penicillinallergie _____◇    Jodallergie _____◇    Latexallergie _____◇    Nahrungsallegrie _____◇    Materialallergie _____◇		
Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? _____	◇	◇
Wenn ja, welche: .....		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____	◇	◇
Wenn ja, welche: .....		
Waren Sie vor kurzem oder sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? _____	◇	◇
Wenn ja, welche Fachrichtung/en .....		
Besteht eine Schwangerschaft?      Ja, im ..... Monat _____	◇	◇
Wurden im letzten Jahr zahnärztliche Röntgenaufnahmen gemacht? _____	◇	◇
Machen sie derzeit eine Bisphosphonattherapie? (Osteoporose-, Krebstherapie)? _____	◇	◇
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein, wie z.B. Marcumar, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, ASS _____	◇	◇
Traten jemals Komplikationen bei zahnärztlichen Behandlungen auf? _____	◇	◇
Benötigen Sie vor zahnärztlichen Eingriffen eine Antibiotikaprophylaxe? _____	◇	◇
Haben Sie im Moment Zahnschmerzen? _____	◇	◇
Haben Sie überempfindliche Zahnhälse? _____	◇	◇
Leiden Sie unter häufigem Erbrechen/Sodbrennen/Aufstoßen? _____	◇	◇
Trat nach einer Zahnentfernung eine Nachblutung auf? _____	◇	◇
Haben/hatten Sie Verletzungen im Kiefer- Gesichtsbereich? _____	◇	◇
Haben Sie die Spritze beim Zahnarzt bisher gut vertragen? _____	◇	◇
Wurde bei Ihnen eine Zahnbehandlung im Zusammenhang mit einem Allgemeinleiden durchgeführt? _____	◇	◇
Sind Sie Raucher? _____	◇	◇

**Welche zahnmedizinischen Probleme liegen vor Ihnen bzw. welche Erkrankung befürchten Sie?**

Karies _____◇	Zahnfleischprobleme _____◇	Kiefergelenksprobleme _____◇
Verletzungen _____◇	Aussehen der Zähne _____◇	Probleme mit der vorhandenen Versorgung _____◇

Sonstige: .....

**Weshalb suchen Sie uns auf? Was ist Ihr Hauptanliegen?** .....

**Fragen zur Funktion von Gebiss und Zähnen:**

Haben Sie die Neigung mit den Zähnen zu knirschen/pressen? _____	◇	◇
Haben Sie Angewohnheiten, wie Zungenpressen oder Wangenbeißen? _____	◇	◇
Ist Ihre Kaumuskulatur oft verspannt? _____	◇	◇
Sind bestimmte Kieferbewegungen schmerzhaft oder eingeschränkt? _____	◇	◇

**Wünschen Sie eine gezielte Beratung über:**

Bleaching/Zahnaufhellung _____◇	Zahnersatz _____◇	(Zahnfarbene) keramische Versorgungen _____◇
Professionelle Zahnreinigung _____◇	CEREC-Versorgungen _____◇	Inhalations sedierung mit Lachgas _____◇

Sonstiges: .....

**Wir bitten Sie, Termine telefonisch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen – per E-Mail mindestens 48 Stunden vorher.**

Koblenz, den .....  
 .....  
 Unterschrift des Patienten

