Gesundheitsfragebogen

Liebe Patienten und Patientinnen,
dieser Gesundheitsfragebogen (Anamnese) unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.
Er dient dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und ist daher bitte vollständig auszufüllen. Sollten Sie Fragen haben, dann helfen wir Ihnen gerne weiter.
Herr ☐ Frau ☐ Divers ☐

Name, Vorname: _____ Hauptversicherter: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Postleitzahl und Ort: _____

Telefon-/ Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____ Körpergröße: _____

Beruf: _____ Körpergewicht: _____

Krankenkasse: _____ NUR FÜR PRIVATPATIENTEN: Beihilfe: ja ☐ nein ☐

Zahnarzt/Überweiser: _____ Kieferorthopäde: _____ Hausarzt: _____

Ist ein Pflegegrad vorhanden? Welcher? ja ☐ nein ☐ **Gibt es einen gesetzlichen Vertreter?** ja ☐ nein ☐

Falls Sie einen Medikamentenplan, Allergie-, Marcumar-, Herz-Pass o.ä. besitzen, zeigen Sie diesen bitte an der Anmeldung vor!

Haben Sie die bisherigen (zahn-)ärztlichen Behandlungen gut vertragen? ja ☐ nein ☐
Wenn nein, warum nicht? _____

Wurden Sie in den letzten 6 Monaten im Bereich Mund/Kiefer/Gesicht geröntgt? ja ☐ nein ☐
Wurden Sie schon einmal im Bereich Mund/Kiefer/Gesicht operiert? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, was / wann? _____

Rauchen Sie? ja ☐ nein ☐ **Nehmen Sie Drogen/Alkohol?** ja ☐ welche: _____ nein ☐

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Spritzen ein? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte unterstreichen Sie diese) ja ☐ nein ☐
Blutverdünner (z.B.: Marcumar®, Plavix®, ASS®, Clopidogrel®, Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Lixiana®, Aggrenox®, Efient®, Brilique®, Godamed®, Iscover®, Prasugrel®, Aspirin Protect) andere:
Bisphosponate (z.B.: Zomenta®, Actonal®, Fosamax®, Denosumab®, Alendronsäure),
andere: _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Beeinträchtigungen? **Bitte unterstreichen Sie!**
Entwicklungsstörungen / Behinderung ja ☐ nein ☐
(z.B. Störung der Sprache oder motorischen Funktion, Autismus, Rett-Syndrom, geistige Behinderung, Asperger-Syndrom)

Herzerkrankungen / Herzoperationen ja ☐ nein ☐
(z.B. Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzklappenerkrankung/ -ersatz, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher, Stent, Bypass, künstliche Herzklappe, Vorhofflimmern)

Kreislauf- und Gefäßerkrankungen ja ☐ nein ☐
(z.B. zu hoher / zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombose, Embolie, Schlaganfall)

Blutgerinnungsstörungen ja ☐ nein ☐
(z.B. Blutarmut, Blutverdünnung, angeborene Bluterkrankungen, Hämophilie)

Lungen- und Atemwegserkrankungen ja ☐ nein ☐
(z.B. Atemnot beim Treppensteigen (COPD), Asthma, allergisches Asthma, chronische Bronchitis, chronische Sinusitis, Pneumothorax, gestörte Atemreflexe, Schlafapnoe)

Lebererkrankungen ja ☐ nein ☐
(z.B. Leberverfettung, Leberverhärtung, Leberentzündung)

Ansteckende Krankheiten ja ☐ nein ☐
(z.B. AIDS/HIV, Hepatitis (Gelbsucht), Tuberkulose)

Nieren- und Harnwegserkrankungen ja ☐ nein ☐
(z.B. eingeschränkt Nierenfunktion, Nierentransplantation, Prostata, Dialyse- welche Tage: _____)

Erkrankung des Verdauungstraktes ja ☐ nein ☐
(z.B. Magenerkrankungen, chronische Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Ileus)

Stoffwechselerkrankungen ja ☐ nein ☐
Zuckererkrankungen/Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Osteoporose, Knochenerkrankung)

Augenerkrankungen ja ☐ nein ☐
(z.B. Grüner Star (Glaukom), Grauer Star (Katarakt), kürzlich Augenoperationen)

Psychische Erkrankungen/ Nervenleiden ja ☐ nein ☐
(z.B. Depression, Angstzustände, Epilepsie, Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer o.ä.)
Sind Sie hierzu in Therapie? ja ☐ nein ☐

Allergien / Überempfindlichkeiten ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche: _____

Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen oder Operationen ja ☐ nein ☐
z.B. Krebserkrankungen, Unfälle, schwere Verletzungen, Chemo- oder Strahlentherapie), künstliche Gelenke, Organtransplantation, trockene Alkoholiker, Rheuma
Wenn ja welche: _____

Haben Sie besondere Behandlungswünsche? ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche: _____

Für unsere Patientinnen: Besteht eine **Schwangerschaft**? ja 0 SSW: _____ nein ☐
Stillen Sie? ja ☐ nein ☐

Ich habe den Gesundheitsfragebogen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.
Alle personenbezogenen Daten werden gesetzlich 10 Jahre gespeichert und nach Auslauf der Zeit gelöscht.
Ich stimme zu, dass medizinische Berichte und Kostenvoranschläge an meinen überweisenden Arzt weitergeleitet werden dürfen.

Datum: Bremen, _____ Unterschrift: _____