



Name: _____ Geburtsdatum: _____

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Ihre gesundheitliche Vorgeschichte ist wichtig, um unnötige Komplikationen bei der Behandlung vermeiden zu können.

Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Bei Zutreffendem bitte "ja" markieren. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

Herz

- (ja) (nein) Zustand nach Infarkt
- (ja) (nein) Herzinsuffizienz
- (ja) (nein) Verengung der Herzkranzgefäße
- (ja) (nein) Rythmusstörungen
- (ja) (nein) Bypassoperation
- (ja) (nein) Herzklappenersatz
- (ja) (nein) Schrittmacher

Kreislauf

- (ja) (nein) niedriger Blutdruck
- (ja) (nein) Bluthochdruck
- (ja) (nein) Angina pectoris
- (ja) (nein) Durchblutungsstörungen
- (ja) (nein) Schlaganfall
- (ja) (nein) Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein (z.B. Marcumar oder ASS)?

Erkrankung des blutbildenden Systems

- (ja) (nein) Blutarmut
- (ja) (nein) Blutgerinnungsstörungen
- Wenn "ja", welche?

Augen

- (ja) (nein) Grauer Star
- (ja) (nein) Grüner Star

Atemwege/Lunge

- (ja) (nein) Asthma
- (ja) (nein) Bronchitis
- (ja) (nein) Tuberkulose (TBC)

Blase-Nieren

- (ja) (nein) Blasenerkrankung
- (ja) (nein) Nierenerkrankung

Bewegungsapparat

- (ja) (nein) Rheuma
- (ja) (nein) Gicht
- (ja) (nein) Osteoporose
- Wenn "ja", nehmen Sie Bisphosphonate?

Zentrales Nervensystem

- (ja) (nein) epileptische Anfälle

Vegetatives Nervensystem

(ja) (nein) Migräne

Leber

(ja) (nein) Leberzirrhose

(ja) (nein) Hepatitis

Wenn "ja", welcher Typ?

Stoffwechsel

(ja) (nein) Zuckerkrankheit

(ja) (nein) Schilddrüsenerkrankungen

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

(ja) (nein) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten

(ja) (nein) HIV bzw. AIDS

(ja) (nein) Tumorerkrankungen

wenn "ja", was und wann ?.....

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

(ja) (nein) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn "ja", welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn "ja", welche ?.....

(ja) (nein) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn "ja", welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie Raucher?

(ja) (nein) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn "ja", welche ?.....

(ja) (nein) Besitzen Sie einen Allergiepass?

(ja) (nein) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn "ja", welche ?.....

(ja) (nein) Sind Sie z.Zt. schwanger?

Wenn "ja", in welchem Monat?.....

Wer ist Ihr Hausarzt?

Titel/ Name

Adresse

Telefon

Wer ist Ihr Arbeitgeber?

Name

Adresse

Weitere Auskünfte zum Behandlungsablauf:

(ja) (nein) Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

(ja) (nein) Möchten Sie von uns über Möglichkeiten zur Prophylaxe informiert werden?

(ja) (nein) Sind Sie mit fluoridierenden Maßnahmen in Ihrer Behandlung einverstanden?

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung):

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass es durch eine zahnärztliche Lokalanästhesie u.a. zu unerwünschten Nebenwirkungen kommen kann.

Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr kann nach zahnärztlichen Behandlungen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein. Auf Wunsch rufen wir Ihnen gern ein Taxi.

Eine Betäubung kann Hämatomen (Bluterguss), Selbstverletzung (z.B. Bissverletzung) und bei Leitungsanästhesien (v.a. im Unterkiefer) zu irreversiblen Nervschädigungen (N. lingualis) führen.

Informationen zum zahnärztlichen Recall:

Wir bieten Ihnen in unserer Praxis an, dass wir Sie halbjährlich oder jährlich telefonisch an Ihre Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxetermine erinnern. Kinder sollten immer halbjährlich zu uns kommen, auch für das Bonusheft ab dem 12. Lebensjahr.

Bitte wählen Sie aus zwischen

<input type="radio"/>	halbjährlich
<input type="radio"/>	jährlich

Datenschutz gemäß DSGVO vom 25.05.2018:

Die Datenschutzerklärung der Praxis Dr. med. dent. Semira Zeni liegt frei zugänglich im Wartezimmer aus. Sie finden Sie auch unter www.doktor-zeni.de unter der Rubrik "Datenschutz" zum Nachlesen und Runterladen. Ich kann meine Einwilligungen jederzeit widerrufen. Die Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Semira Zeni verarbeitet die personenbezogenen Daten im Falle des Widerspruchs nicht mehr, es sei denn, es können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachgewiesen werden, die den Interessen, Rechten und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen. Zudem könne Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Ich akzeptiere die Verarbeitung meiner persönlichen Daten gemäß dieser Datenschutzerklärung.

Neustadt / Aisch, den Unterschrift