

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Wir heißen Sie herzlich willkommen!

c.west

Zahnärztliche Chirurgie in der Weststadt

Implantologie · Kieferchirurgie · Zahnmedizin

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal beraten und behandeln zu können, benötigen wir freiwillige Angaben. Wir helfen Ihnen gerne.

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Tel. privat / mobil

Tel. geschäftlich

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

☐ Ich wünsche die Nutzung meiner elektronischen Patientenakte im Rahmen meiner Behandlung nicht.

Angaben zum Versicherten (falls abweichend)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Tel. privat / mobil

Tel. geschäftlich

Beruf

Arbeitgeber

Krankenversicherung

Krankenversicherungsträger

Beihilfestelle / Zahnzusatzversicherungen

GKV Kostenerstattung: ☐ Ja ☐ Nein

PKV Basis-/Standardtarif: ☐ Ja ☐ Nein

Überweisender Arzt / Zahnarzt

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

► Bitte wenden — medizinischer Fragebogen auf der Rückseite

Medizinischer Fragebogen

Frage	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Neigen Sie zu allergischen Reaktionen? (Überempfindlichkeiten, Hautausschläge, Heuschnupfen, Jod- oder Penicillinunverträglichkeit o.ä.)	☐	☐
Wenn ja, welche? _____		
Treten bei Ihnen nach Verletzungen oder Zahnziehen stärkere Blutungen auf?	☐	☐
Ist eine Herzerkrankung bekannt? (Klappenersatz, Schrittmacher, Angina pectoris, Infarkt, Herzfehler o.ä.)	☐	☐
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, M. Parkinson, Alzheimer o.ä.)	☐	☐
Besteht ein Grüner Star (Glaukom)?	☐	☐
Ist eine Atemwegs-/Lungenkrankheit bekannt? (Asthma, chron. Bronchitis o.ä.)	☐	☐
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 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?	☐	☐

Zuletzt geröntgt (Körperregion, Grund, Zeitpunkt): _____

Weitere Erkrankungen: _____

Hausarzt: _____

Erklärung der Patientin / des Patienten

Ich erkläre hiermit, dass ich die obigen Angaben zu meinem Gesundheitszustand nach bestem Wissen gemacht habe. Fehlende oder falsche Angaben können zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Meine Angaben zur Krankenversicherung sind vollständig und richtig. Bei Nichtvorlage der Versichertenkarte wird eine Privatrechnung erstellt.

Ich bin einverstanden, dass Dokumentationsbilder hinreichend anonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken durch Dr. Seubert, Prof. Schierle oder deren KollegInnen verwendet werden dürfen. Meine Behandlungsdaten werden digitalisiert gespeichert und bei Notwendigkeit an weiterbehandelnde Kollegen übermittelt.

Bitte sprechen Sie uns bei Fragen an — Ihr Team c.west

Karlsruhe, den

Unterschrift Patientin / Patient / gesetzliche/r Vertreter/in