



# BILGER ZAHNÄRZTE

Praxis für Mundgesundheit

## Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb benötigen wir, neben Ihren persönlichen Angaben, auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Diese Angaben sind für Ihre Sicherheit nötig.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.  
Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

### Persönliche Angaben:

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geb.-Datum
_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Tel. privat	Handy	E-Mail
_____	_____	_____
Haben Sie eine Zusatzversicherung? (gilt für deutsche Kassenpatienten)	Kinder: Versicherter oder Erziehungsberechtigter	Geb.-Datum Versicherter oder Erziehungsberechtigter

### Gesundheitsfragebogen:

- Hausarzt (Name, Adresse) \_\_\_\_\_
- Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche Erkrankung? \_\_\_\_\_
- Bestehen Überempfindlichkeiten / Allergien? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Blutverdünner? Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_
- Welche weiteren Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? \_\_\_\_\_
- Werden bei Ihnen regelmäßig Medikamente gespritzt?  Ja  Nein
- Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate?  Ja  Nein
- Stehen oder standen Sie in medikamentöser Chemotherapie?  Ja  Nein
- Nehmen Sie hochdosierte Steroide/Immunsuppressiva?  Ja  Nein
- Stehen oder standen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung?  Ja  Nein

**weiter auf der Rückseite**

**Herz-/Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen:**

- |                         |                          |    |                          |      |                             |                          |    |                          |      |
|-------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|-----------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| - Herzschwäche          | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Angina Pectoris       | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - Herzschrittmacher         | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - angeborener Herzfehler    | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Herzinfarkt, wann?    | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - hoher Blutdruck           | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - niedriger Blutdruck       | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Endokarditis          | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - Herzoperation             | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

.....  
**Stoffwechselerkrankung:**

- |                          |                          |    |                          |      |                         |                          |    |                          |      |
|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|-------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| - Diabetes               | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |                         |                          |    |                          |      |

.....  
**Infektionskrankheiten:**

- |                         |                          |    |                          |      |                              |                          |    |                          |      |
|-------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| - Gelbsucht / Hepatitis | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - HIV / AIDS                 | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Tuberkulose           | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - Creutzfeld-Jakob-Krankheit | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - MRSA                  | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - Andere:                    |                          |    |                          |      |

.....  
**Weitere Angaben:**

- |                             |                          |    |                          |      |                                |                          |    |                          |      |
|-----------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| - Grüner Star               | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - Organtransplantation         | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Stammzellentransplantiert | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - Asthma                       | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Osteoporoseerkrankung     | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - künstliches Gelenk           | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Nierenerkrankung          | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - Depressionen                 | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Epilepsie                 | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - Rauchen Sie?                 | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| - Schwanger                 | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | - Alkohol- oder drogenabhängig | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

Wenn ja, welche Woche: \_\_\_\_\_

-Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie, Behandlungstermine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden im Voraus abzusagen - ansonsten können Ausfallzeiten von uns in Rechnung gestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und willige der Erhebung der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift