



Dr. Dirk Jansen

Zahnarzt

Praxis am Lutherplatz
Konstanz / Bodensee

Gesundheits-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Zahngesundheit anvertrauen möchten. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und werden elektronisch von uns gespeichert. Fragen Sie bei Unklarheiten bitte im persönlichen Gespräch nach.

Patienten-Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon Arbeit: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf/Arbeitgeber: _____

Hausarzt/Ort: _____

Krankenversicherung

gesetzlich privat Basistarif

Name der Versicherung: _____

beihilfeberechtigt ja nein

Versicherter: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Zahnzusatzversicherung vorhanden ja nein

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

ja nein

Wenn Sie mit ja antworten,

bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen ja nein

1 Allergien (Wenn ja, welche?) _____

2 Leiden Sie an Zuckerkrankheiten (Diabetes)
(Wenn ja, welcher Typ?) _____

3 Infektionskrankheiten
3.1 Hepatitis A, B, C / Gelbsucht
 Lebererkrankung
3.2 AIDS/HIV
3.3 Tuberkulose

4 Anfallsleiden (Epilepsie)

5 Asthma, Atemnot

6 Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme
Blutungsneigungen bzw.
Blutgerinnungsstörungen?

7 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?
7.1 Hoher / Niedriger Blutdruck
7.2 Herzklappenfehler / -ersatz / Endo-
 karditis / Herzschrittmacher / Herzinfarkt

8 Magen-Darm-Erkrankungen

9 Nierenerkrankungen oder -anomalien

10 Rheuma

11 Schlaganfall

12 Schilddrüsenerkrankung

13 Ohnmachtsneigung

14 Osteoporose

15 Andere Erkrankungen (welche?) _____



Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Wenn Sie mit ja antworten bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

ja nein

16 Hatten Sie Reaktionen auf Betäubungsspritzen oder andere Medikamente?
(Wenn ja, welche?)

17 Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Mittel ein?
 Marcumar Bisphosphonate
 andere _____

18 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?
 unsicher
(Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____

19 Wann wurden Ihre Zähne das letzte Mal geröntgt? _____

20 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
 persönliche Empfehlung von _____

 Internet / Homepage
 Praxisschild
 Telefonbuch / Das Örtliche
 Gelbe Seiten
 sonstiges: _____

21 Besitzen Sie ein Bonusheft?

22 Möchten Sie schriftlich an Ihren nächsten Vorsorge-/ Kontrolltermin erinnert werden?

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu.

Datum, Unterschrift