



## Gesundheitsfragebogen

Um bei Ihrer Behandlung alle Risiken einschätzen zu können und die für Sie optimale Therapie zu wählen, beantworten Sie uns bitte die folgenden Fragen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer		PLZ, Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich	
Beruf	Arbeitgeber / Geschäftsanschrift	
Hausarzt / behandelnder Arzt		
Name der Krankenversicherung	Versicherter / Zahlungspflichtiger (Name und Anschrift)	

- Gesetzlich  freiwillig versichert  beihilfeberechtigt
- zusatzversichert (Welche Versicherung?) \_\_\_\_\_
- privat (Welche Versicherung?) \_\_\_\_\_
- Ich bin nicht in einem Standard- oder Basistarif versichert**  
Welchen Bonusanspruch haben Sie? \_\_\_\_\_%

Angaben zu Ihrer Gesundheit	Ja	Nein	Erläuterung
Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Mundgeruch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Geräusche im Bereich des Kiefers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie manchmal einen Metallgeschmack im Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten:</b>			
Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutgerinnungsstörungen Nehmen Sie regelmäßig hiergegen Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes <input type="checkbox"/> Typ I <input type="checkbox"/> Typ II (Altersdiabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Glaukom (erhöhter Augendruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz-Kreislaufferkrankungen (Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzschrittmacher etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheiten ( HIV/Hepatitis/Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- Wurden Sie in den vergangenen Jahren operiert?   \_\_\_\_\_  
 Besteht eine Schwangerschaft?   \_\_\_\_\_  
 Rauchen Sie?   \_\_\_\_\_  
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?   \_\_\_\_\_  
 Befinden Sie sich zurzeit in ärztlicher Behandlung?   \_\_\_\_\_  
 Wurden Sie kürzlich geröntgt?   \_\_\_\_\_

## Ihre Wünsche und Bedürfnisse

- Haben Sie Interesse an einer Implantat-Versorgung?  ja  nein  
 ich hätte gerne mehr Informationen  
 Haben Sie Interesse an einer Prophylaxe / Zahnreinigung?  ja  nein  
 ich hätte gerne mehr Informationen  
 Interessieren Sie sich für hochwertige, zahnfarbene Füllungstherapien?  ja  nein  
 ich hätte gerne mehr Informationen  
 Empfinden Sie Angst / Unwohlsein vor der Behandlung?  ja  nein  
 Sind Sie zufrieden mit der Farbe/Form Ihrer Zähne?  ja  nein  
 Haben Sie weitere Wünsche oder Bedürfnisse?  ja  nein  


---

 Kommen Sie auf Empfehlung?  ja  nein

Wem dürfen wir für die Empfehlung danken? \_\_\_\_\_

### Hinweis für Patienten,

#### ...die bei einer privaten Krankenversicherung versichert sind:

Die Behandlung erfolgt auf der Basis eines privaten Behandlungsvertrages. Die Berechnung der Gebühren für die zahnärztlichen Leistungen erfolgt nach der derzeit gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ 2012). Bei ausgedehnten restaurativen Maßnahmen (fixem oder herausnehmbaren Zahnersatz) wird grundsätzlich ein Kostenplan erstellt.

#### ...die bei einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert sind:

Nach der derzeitigen Rechtslage besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenkasse. Wir weisen darauf hin, dass beim Verfahren der Kostenerstattung Eigenanteile entstehen.

**Ich bin damit einverstanden, auf notwendige oder sinnvolle Untersuchungen / Behandlungen auch telefonisch, schriftlich über E-Mail oder per SMS hingewiesen zu werden.  
(Sichern Sie Ihren Bonusanspruch.)**

**Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.  
Falls sich mein Gesundheitszustand ändert, teile ich es Ihnen mit.**

Ort, Datum

Unterschrift  
(bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)