

# ZAHNARZT PRAXIS DR JÖRG STAWOWY

Name, Vorname

Anschrift

Geb.-Datum / Geb.-Ort

Telefon-Nr. / Mobil-Nr.

## GESUNDHEITSBOGEN

Je besser wir Ihren Gesundheitszustand beurteilen können, umso besser können wir unsere Behandlung individuell darauf abstimmen. Im Interesse einer optimalen zahnärztlichen Betreuung bitten wir Sie daher um die folgenden Angaben. Alle Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. **Vielen Dank!**

### Ärztliche Behandlung

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?

---

---

### Heilpraktiker / Osteopath

Sind Sie bei einem Heilpraktiker in Behandlung?  Ja  Nein  
Sind Sie bei einem Osteopathen in Behandlung?  Ja  Nein

### Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?

---

---

Nehmen Sie Bisphosphonate ein?  Ja  Nein

### Allergien

Sind Sie gegen bestimmte Materialien oder Medikamente allergisch?  Ja  Nein  
Wenn ja, gegen welche?

---

---

Besitzen Sie einen Allergiepass?  Ja  Nein

### Herzerkrankungen

(Angeborener) Herzfehler  Ja  Nein  
Herzschwäche (Insuffizienz)  Ja  Nein  
Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)  Ja  Nein  
Herzasthma, Angina pectoris, Herzinfarkt  Ja  Nein  
Herzschrittmacher, Herzklappenfehler  Ja  Nein

### Kreislaufkrankungen

Zu hoher Blutdruck  Ja  Nein  
Zu niedriger Blutdruck  Ja  Nein  
Zustand nach Schlaganfall  Ja  Nein  
Gefäßprothesen  Ja  Nein  
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?  Ja  Nein

### Vegetative Erkrankungen

Ohnmachtsanfälle  Ja  Nein  
Kopfschmerzen / Migräne  Ja  Nein  
Nehmen Sie Anregungs- o. Beruhigungsmittel?  Ja  Nein

### Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)  Ja  Nein  
Magen- oder Darmerkrankungen  Ja  Nein  
Schilddrüsenerkrankung  Ja  Nein

### Erkrankungen des Nervensystems

Epileptiforme Anfälle  Ja  Nein

### Infektionskrankheiten

Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A/B/C)  Ja  Nein  
Tuberkulose  Ja  Nein  
Chronische Erkrankungen d. Atemwege, Husten  Ja  Nein  
HIV?  Ja  Nein  
Sonstiges (Diphtherie, Röteln, Mumps, etc.)  Ja  Nein

### Weitere Angaben

Erkrankungen Lunge, Niere, Prostata  Ja  Nein  
Hatten oder haben Sie einen Tumor?  Ja  Nein  
Sind Sie drogen- oder alkoholabhängig?  Ja  Nein  
Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Mehr als 10 Zigaretten am Tag?  Ja  Nein  
Leiden Sie unter Augenkrankheiten, z.B. Grauer bzw. Grüner Star, Glaukom?  Ja  Nein  
Haben Sie Hautkrankheiten?  Ja  Nein

### Röntgen

Wurden in den letzten 12 Monaten in einer anderen Praxis Aufnahmen im Kopf-Kiefer-Bereich angefertigt?  Ja  Nein  
Wenn ja, bei welchem Arzt?

---

---

### Für Patientinnen: Schwangerschaft

Sind Sie schwanger?  Ja  Nein  
Wenn ja, in welchem Monat?

---

---

### Sonstiges

---

---

---

### Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung durch \_\_\_\_\_  
 Überweisung von \_\_\_\_\_  
 Internet \_\_\_\_\_  
 Sonstige \_\_\_\_\_

**Bitte wenden!**

**Zusätzliche Informationen****Ja** **Nein****Notizspalte für den Behandler**

(Bitte frei lassen)

Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch?

Worauf legen Sie bei der Behandlung besonderen Wert?

Haben Sie zurzeit Beschwerden/ Probleme?  Ja  NeinKönnen Sie gut abbeißen und Nahrung zerkleinern?  Ja  NeinKnirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?  Ja  NeinHaben Sie Wirbelsäulenbeschwerden?  Ja  NeinLeiden Sie unter regelmäßigen Kopfschmerzen?  Ja  NeinKennen Sie Kaumuskelverspannungen?  Ja  NeinKlemmt, knackt oder knirscht Ihr Kiefergelenk manchmal?  Ja  NeinHaben Sie eine Knirscherschiene?  Ja  NeinLeiden Sie unter Zahnfleischbluten?  Ja  NeinHaben Sie lockere Zähne?  Ja  NeinLeiden Sie unter Mundgeruch?  Ja  NeinWurde bei Ihnen eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt?  Ja  NeinWurde schon eine Parodontosebehandlung durchgeführt?  Ja  NeinWurden die Zähne kieferorthopädisch behandelt?  Ja  NeinWurden chirurgische Eingriffe vom Zahnarzt durchgeführt?  Ja  NeinTragen Sie Zahnersatz?  Ja  NeinWünschen Sie sich hellere Zähne?  Ja  NeinWünschen Sie sich eine harmonischere Zahnstellung/ Zahnform?  Ja  NeinBenötigen Sie eine Zahnschutzschiene beim Sport?  Ja  NeinMöchten Sie mehr über Schnarchschiene erfahren?  Ja  NeinMöchten Sie an Ihre Kontrolluntersuchung erinnert werden?  
(Wichtig für den Krankenkassenbonus bei Zahnersatz)  Ja  NeinHaben Sie eine Zusatzversicherung?  
Wenn ja, welche?  Ja  Nein**Vielen Dank, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben. Durch Ihre Mithilfe erleichtern Sie uns eine auf Ihre persönlichen Bedürfnisse zugeschnittene Diagnostik und Therapie!**

Bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte muss diese spätestens 14 Tage nach Behandlungstermin eingereicht werden, andernfalls erfolgt eine Privatabrechnung, mit der Sie sich durch Ihre Unterschrift ausdrücklich einverstanden erklären.

Mit meine Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Diese Angaben habe ich freiwillig gemacht. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes gemäß Datenschutzgrundverordnung DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes BDSG.

Die Patienteninformation zur Erhebung personenbezogener Daten im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung habe ich erhalten. Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass zahnärztliche Betäubungsmittel meine Verkehrstüchtigkeit beeinflussen können.

Name

Datum/ Unterschrift