



Liebe Patienten,  
bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um den vorliegenden Fragebogen vollständig zu bearbeiten. Mit dem Ausfüllen tragen Sie dazu bei, dass wir Ihren Gesundheitszustand gut beurteilen und Sie dann auch besser behandeln können. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes und des Arztgeheimnisses. Bitte bestätigen Sie die Kenntnisnahme der in diesem Anmeldebogen gegebenen Informationen und die Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift auf der letzten Seite. Vielen Dank!

## NOTDIENST GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

### PATIENTENDATEN

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

Telefon Arbeit \_\_\_\_\_

Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

### VERSICHERTENDATEN (sofern abweichend)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS

Gesetzlich versichert

Freiwillig gesetzlich versichert  
Name der Krankenkasse:

\_\_\_\_\_

Privat versichert - Name der Versicherung:

\_\_\_\_\_

Beihilfe berechtigt

### SIND SIE ZURZEIT IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG? WENN JA, BEI WELCHEM ARZT?

Hausarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Facharzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Um welche Erkrankung handelt es sich? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? \_\_\_\_\_

Bitte wenden...

ANGABEN ZUR ALLGEMEINEN GESUNDHEITSSITUATION

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zu sich? Wenn ja, welche? ja  nein

Spezielle Medikamente:

Anti-Depressiva  Blutverdünnende Mittel (z. B. Marcumar, Aspirin etc.)  Bisphosphonate

Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Wenn ja, welche? ja  nein

Gab es jemals außergewöhnliche Reaktionen nach einer Betäubung? Wenn ja, welche? ja  nein

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? ja  nein

Hatten Sie jemals lange Nachblutungszeiten nach einer Zahnentfernung? ja  nein

Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Wenn ja, welche? ja  nein

Endocarditis  Herzklappenersatz  Herz-Operationen  
 Herz-Schrittmacher  Herzinfarkt

Hoher Blutdruck (Werte) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Niedriger Blutdruck (Werte) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lebererkrankungen ja  nein

Diabetes (Zucker) Wenn ja, welcher Typ?  Typ 1  Typ 2 ja  nein

Magen-Darmerkrankungen ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen ja  nein

Psychische Erkrankungen ja  nein

Epilepsie ja  nein

Infektiöse Erkrankungen (z. B. Tuberkulose, HIV/Aids, Hepatits A, B, C) ja  nein

Grüner Star / Glaukom ja  nein

Tumorerkrankung ja  nein

Asthma / Atemnot ja  nein

Sonstige andere Erkrankungen?

Kopf- und Nackenschmerzen ja  nein

Knirschen oder Pressen Sie zurzeit mit den Zähnen? ja  nein

SONSTIGES

Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? \_\_\_\_\_ ja  nein

Für unsere weiblichen Patienten: Sind Sie schwanger? Falls ja, welcher Monat: \_\_\_\_\_ ja  nein

ANÄSTHESIE-AUFKLÄRUNG

Im Laufe der Behandlung besteht die Möglichkeit einer örtlichen Betäubung der vom Zahn oder vom Operationsgebiet wegführenden Nerven (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie). Spezielle Risiken sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

VIELEN DANK FÜR IHR VERTRAUEN!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten inklusive Röntgenbilder und Fotografien bei Bedarf an medizinische Kollegen weitergeleitet werden dürfen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_