ZAHNZENTRUM
HERNE DRES. SZOSTAK

ZAHNZENTRUM HERNE - Castroper Straße 387 - 44627 Herne - 0 23 23 / 39 300
info@dr-szostak.de - www.zahnzentrumherne.de

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 _____