GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

DR. MIRIAM PIRR
ZAHNÄRZTIN

	PATIENT / IN
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Ort	
Telefon Privat*	
Telefon Mobil*	
E-Mail*	
Beruf*	
Hausarzt /-ärztin	
Anschrift Hausarzt	

	VERSICHERTE / R
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ / Ort	

Krankenversicherung ◯ gesetzlich ◯ privat

Name der Versicherung

Zahnzusatzversicherung vorhanden ◯ ja ◯ nein

Beihilfeberechtigt ◯ ja ◯ nein

Pflegegrad (1) (2) (3) (4) (5) ◯ ja ◯ nein

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Neben Ihren Personalien benötigen wir auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand, um eine für Sie individuelle und bestmögliche Behandlung zu gewährleisten.

HABEN ODER HATTEN SIE EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN? **ja | nein**

1 Blutgerinnungsstörungen ◯ | ◯

2 Infektionskrankheiten ◯ | ◯
- ◯ HIV-Infektion ◯ TBC / Tuberkulose
- ◯ Hepatitis A, B, C (Gelbsucht)
- ◯ andere _____

3 Allergien / Unverträglichkeiten ◯ | ◯
Wenn ja, welche? _____
_____

4 Osteoporose ◯ | ◯

5 Leiden Sie an einer Herzkreislauferkrankung? ◯ | ◯
- ◯ Herzklappenfehler ◯ Herzklappenersatz
- ◯ Endokarditis ◯ Stent / Bypass
- ◯ Herzinfarkt ◯ Herzschrittmacher / Defibrillator

6 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe (Antibiotikum)? ◯ | ◯

7 Wie ist Ihr Blutdruck?
◯ niedrig ◯ normal ◯ hoch

8 Zuckerkrankheit (Diabetes) ◯ | ◯
Wenn ja, wie hoch ist der HbA1c Wert? _____

9 Anfallsleiden (Epilepsie) ◯ | ◯

10 Atemwegs-/Lungenerkrankungen (z.B. Asthma) ◯ | ◯

11 Erkrankungen des Immunsystems (z.B. Rheuma) ◯ | ◯

12 Lebererkrankungen (z.B. Leberzirrhose) ◯ | ◯

13 Erkrankungen des Nervensystems ◯ | ◯

14 Nierenerkrankungen ◯ | ◯

15 Glaukom (grüner Star) ◯ | ◯

16 Künstliche Gelenke oder Implantate ◯ | ◯
Wenn ja, seit wann? _____

17 Tumore / Krebserkrankungen ◯ | ◯
- ◯ Chemotherapie ◯ Strahlentherapie
- ◯ Bisphosphonate

18 Andere Erkrankungen ◯ | ◯
Wenn ja, welche? _____
_____
_____

19 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ◯ | ◯
(z.B. Blutverdünner, Bisphosphonate)
Wenn ja, welche? _____
_____
_____

FRAGEN SIE BEI UNKLARHEITEN BITTE NACH

WEITER AUF SEITE 2 →

DR. MIRIAM PIRR
ZAHNÄRZTIN

WEITERE FRAGEN

ja | nein

20 Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ◯ | ◯
◯ unsicher Wenn ja, welche SSW? _____

21 Rauchen Sie? ◯ | ◯
Wenn ja, wie viel? _____

22 Trinken Sie Alkohol? ◯ | ◯
◯ täglich ◯ gelegentlich

23 Konsumieren Sie andere Rauschmittel? ◯ | ◯

24 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung? ◯ | ◯

25 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer örtlichen Betäubung? ◯ | ◯

26 Knirschen Sie mit den Zähnen? ◯ | ◯
Tragen Sie eine Schiene? ◯ | ◯

27 Schnarchen Sie? ◯ | ◯

28 Sind Sie an Prophylaxe in Form einer Professionellen Zahnreinigung (PZR) interessiert?* ◯ | ◯

29 Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?* ◯ | ◯

30 Sind Sie mit Ihrer Zahnstellung zufrieden?* ◯ | ◯

31 Wann war ihre letzte Röntgenuntersuchung im Gesichtsbereich? _____

32 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?*
◯ persönliche Empfehlung
◯ Internet / Homepage
◯ Sonstiges: _____

_____

* freiwillige Angaben

ANÄSTHESIE-AUFKLÄRUNG

Bei einer örtlichen Betäubung (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie) können folgende Risiken auftreten: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden (auch dauerhaft), Zahnfleischschädigung. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

AUSFALLHONORAR

Vereinbarte Behandlungstermine, die nicht eingehalten werden können, müssen spätestens einen Arbeitstag vor der Behandlung abgesagt werden. Bei unvorhersagbaren Erkrankungen und Unfällen nur insoweit es dem/der Patient/in zeitnah möglich ist.
Ohne vorherige Absage berechnen wir pauschal 50 Euro Ausfallhonorar pro 30 Minuten Behandlungstermin.
Die Beweislast eines verminderten Schadens bleibt der Patientin bzw. dem Patient vorbehalten.

EINWILLIGUNGEN UND HINWEISE

Falls vorhanden: Medikamentenplan, Allergiepass oder Herzpass bitte bei uns abgeben.

◯ Ich möchte an den jährlichen Vorsorge-/ Kontrolltermin erinnert werden.

◯ telefonisch ◯ per E-Mail ◯ schriftlich

◯ Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe meiner Daten an Vor-, Mit- und Nachbehandler (z.B. Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Hausärzte, Physiotherapeuten usw.) ausdrücklich zu. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

◯ Ich habe alle Fragen gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner Daten umgehend mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

◯ Für bereits in der Praxis bekannte Patienten: Ich bin einverstanden, dass Frau Dr. Miriam Pirr Einsicht in die Patientenakte des Vorgängers Herrn Markus Brandl nehmen darf.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Zahnarztpraxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) und werden streng vertraulich behandelt. Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis.

_____

Datum, Unterschrift Patient/in,
Erziehungsberechtigter oder gesetzlicher Vertreter

Dr. Miriam Pirr
Zahnärztin
Hüttenberger Str. 6
35510 Butzbach (Pohl-Göns)
Telefon 06033 718 26
praxis@dr-pirr.de
www.dr-pirr.de