



# Gesundheitsfragebogen

Herzlich willkommen in unserer Zahnarztpraxis. Um eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese bitte vor der Behandlung mit uns. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

## Persönliche Angaben

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse (Straße, Nr., PLZ; Ort) \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_

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

Hausarzt \_\_\_\_\_

## Angaben zu Ihrer Versicherung

☐ Private Versicherung ☐ Gesetzliche Versicherung ☐ private Zusatzversicherung ☐ Beihilfe

## Fragen rund um Ihre Gesundheit

### Besteht eine Schwangerschaft?

☐ Ja Welche Woche? \_\_\_\_\_ ☐ Nein

### Nehmen Sie momentan Medikamente ein? Wenn ja, gibt es einen Medikationsplan?

☐ Ja Welche? \_\_\_\_\_ ☐ Nein

### Liegen Blutgerinnungsstörungen vor?

☐ Ja Welche? \_\_\_\_\_ ☐ Nein

☐ Medikamente für Blutverdünnung (z.B. Marcumar, ASS 100, Pradaxa, Brilique, Xarelto, Lixiana, Clopidogrel, Eliquis, Efient)

### Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate ein (z. B. bei Osteoporose, Tumoren oder anderen Erkrankungen)?

☐ Ja Welche? \_\_\_\_\_ ☐ Nein

### Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen bestimmte Arzneimittel (z.B. Spritzen beim Zahnarzt oder Antibiotika)?

☐ Ja Welche? \_\_\_\_\_ ☐ Nein

### Liegen bei Ihnen Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor?

☐ Hoher Blutdruck ☐ Herzklappenfehler ☐ Herzklappenersatz ☐ Herzinfarkt ☐ Nein

☐ Niedriger Blutdruck ☐ Infektiöse Endokarditis ☐ Angina pectoris ☐ Herzrhythmusstörungen

☐ Schlaganfall ☐ Herzschrittmacher ☐ Koronare Herzkrankheit ☐ Bypass-Operation / Stents



**Haben Sie eine Erkrankung des Skelettsystems oder einen Gelenkersatz?**

☐ Ja Welche? \_\_\_\_\_

☐ Nein

**Besteht eine Atemwegserkrankung?**

☐ Asthma ☐ Bronchitis

Andere: \_\_\_\_\_

☐ Nein

**Besteht eine der folgenden Erkrankungen?**

☐ Lebererkrankung ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Nierenerkrankung

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

☐ Nein

**Bestehen Erkrankungen der Nerven oder des Gemütes?**

☐ Epilepsie ☐ Depressionen ☐ Angstzustände

Andere: \_\_\_\_\_

☐ Nein

**Besteht eine Diabetes Erkrankung (Zuckerkrankheit)?**

☐ Typ 1 (insulinpflichtig) HbA1c-Wert: \_\_\_\_\_ ☐ Typ 2

☐ Nein

**Besteht oder bestand eine Tumorerkrankung?**

☐ Ja Welche? Mit Bestrahlung/Chemotherapie? \_\_\_\_\_

☐ Nein

**Besteht eine infektiöse/ansteckende Erkrankung?**

☐ Hepatitis ☐ HIV oder AIDS ☐ Tuberkulose

Andere: \_\_\_\_\_

☐ Nein

**Besteht eine andere hier nicht aufgeführte Erkrankung?**

☐ Ja Welche? \_\_\_\_\_

☐ Nein

**Sind Sie aktuell oder waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen einer schweren Krankheit in Behandlung?**

☐ Ja Welche? \_\_\_\_\_

☐ Nein

**Besteht regelmäßiger Konsum?**

☐ Alkohol ☐ Rauchen, Anzahl: \_\_\_\_\_ ☐ Cannabis ☐ Drogen

Andere: \_\_\_\_\_

☐ Nein

**Haben Sie Beschwerden an den Zähnen oder dem Zahnfleisch?**

☐ Ja Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

☐ Nein

**Haben Sie Beschwerden am Kiefergelenk?**

☐ Ja

☐ Nein

**Sind Sie unzufrieden mit dem Aussehen Ihrer Zähne?**

☐ Ja

☐ Nein

**Gibt es aktuelle Zahn- oder Kieferröntgenbilder aus einer anderen Praxis?**

☐ Ja Praxis: \_\_\_\_\_

☐ Nein



## Erklärung

Ihre Zeit und Ihre Gesundheit sind uns wichtig! Um Ihnen unnötige Wartezeiten zu ersparen und um Sie in Ruhe behandeln und beraten zu können, wird unsere Zahnarztpraxis nach dem Bestellsystem geführt. Zu reservierten Behandlungsterminen stehen die Zahnärztin Julia Nele Romeike & Team für Sie bereit. Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie spätestens 24 Stunden vorher um Nachricht. Wir müssen uns andernfalls vorbehalten, Ihnen versäumte Termine privat in Rechnung zu stellen. Wird bei gesetzlich versicherten Patienten die Krankenversicherungskarte nicht spätestens 10 Tage nach Behandlungsbeginn vorgelegt, behalten wir uns ebenfalls vor, die Behandlungskosten privat in Rechnung zu stellen.

Wir versichern Ihnen den vertraulichen Umgang mit Ihren Daten. Wird ein weiterer Behandler z.B. durch Überweisung zur Behandlung hinzugezogen, erhält dieser Zugriff auf Ihre Patientendaten. Durch diese begrenzte Schweigepflichtentbindungserklärung stellen Sie sicher, dass Sie immer eine optimale zahnmedizinische Versorgung erhalten und wichtige Daten dem Behandler Ihrer Wahl jederzeit zur Verfügung stehen.

## Patientenübergabe

Sollte ich bereits bei Dr. Rainard Scheele in Behandlung gewesen sein, willige ich ausdrücklich ein, dass meine vollständige Patientenakte (inklusive Behandlungsdokumentation, Befunden und Arztbriefen) an die Praxisnachfolgerin Julia Nele Romeike übergeben wird, damit meine medizinische Betreuung nahtlos fortgeführt werden kann. Gleichzeitig entbinde ich Dr. Rainard Scheele sowie die Mitarbeiter der Praxis gegenüber der Nachfolgerin Julia Nele Romeike von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die Übernahme und Fortführung meiner Behandlung erforderlich ist.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen. Wenn ich die Einwilligung verweigere oder widerrufe, werden meine Daten nicht an den Nachfolger übermittelt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient / gesetzliche Vertreter