



Gemeinschaftspraxis

Dr. Horst Jäger
Dr. Carsten Massat

Hermann - Löns - Str. 10
4 4 6 2 3 H e r n e
Tel: 0 23 23 - 5 22 55
Fax: 0 23 23 - 91 03 69

info@jaeger-massat.de

Gesundheitsfragebogen

Patient: _____ Geb. Datum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefon (privat): _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____ Tel.-Nummer: _____

Beruf: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter? (Familienmitglied)

Name: _____ Geb. Datum: _____

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung.
Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

ja nein

- Herz (Zustand nach Infarkt, Herzinsuffizienz, Muskelentzündung, Verengung der Herzkranzgefäße, Rythmusstörungen, Bypassoperation, Herzklappenersatz, Schrittmacher)
- Kreislauf (niedriger Blutdruck, Bluthochdruck, Angina pectoris, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall)
- Erkrankung des blutbildenden Systems (Blutarmut, Bluter)
- Augen (Grauer Star, Grüner Star)
- Atmungswege/Lunge (Asthma, Bronchitis)
- Magen-Darm-Trakt (Magenerkrankung, Darmerkrankung)
- Blasen-Nieren (Blasenerkrankung, Nierenerkrankung, Dialyse)
- Leber (Gelbsucht, Hepatitis)
- Bewegungsapparat (Rheuma, rheumatoide Arthritis, Gicht)
- Zentrales Nervensystem (epileptische Anfälle)
- Stoffwechsel (Zuckerkrankheit, Schilddrüsenüberfunktion, Schilddrüsenunterfunktion, Osteoporose)
- HIV bzw. AIDS, Tuberkulose
- Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)
- Röteln, Mumps, Masern, Scharlach

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

Wer ist der behandelnde Arzt? _____ Tel.-Nummer: _____

Sonstige medizinisch wichtige Informationen:

ja nein

- Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche? _____



Gemeinschaftspraxis

Dr. Horst Jäger
Dr. Carsten Massat

Hermann - Löns - Str. 10

4 4 6 2 3 H e r n e

Tel: 0 23 23 - 5 22 55

Fax: 0 23 23 - 91 03 69

info@jaeger-massat.de

Gesundheitsfragebogen – Seite 2

ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie?

Schnarchen Sie?

Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie z. Zt. schwanger?

Wenn ja, in welchem Monat? _____

Weitere administrativ wichtige Informationen:

Sind Sie beihilfeberechtigt?

Haben Sie eine Zahn-Zusatzversicherung?

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft? (Eintragungen der letzten 5 Jahre)

Möchten Sie von uns an Ihre halb-jährlichen Kontrolltermine (Recall) erinnert werden?

Wenn ja, wie? per Telefon per SMS per E-Mail

Wie oder wodurch sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Wo waren Sie vorher in Behandlung? _____

Herne, den _____

Unterschrift _____

Hinweise zur Verkehrstüchtigkeit und mögl. Komplikationen nach zahnärztlichen Behandlungsterminen

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Zusätzlich weisen wir Sie darauf hin, dass es im Rahmen von Betäubungen im Unterkiefer in seltenen Ausnahmefällen zu Ausfallerscheinungen bzw. anhaltenden Sensibilitätsverlusten der Unterlippe kommen könnte.

Herne, den _____

Unterschrift _____

Aufgrund der langen Wartezeiten auf neue Termine, ist es schade, wenn Termine nicht eingehalten/nicht abgesagt werden. Aus diesem Grund stellen wir bei nicht abgesagten Terminen (24 Std. vorher) eine Ausfallentschädigung (25€ je 15min.) in Rechnung. Wir hoffen auf Ihr Verständnis.

Herne, den _____

Unterschrift _____