



DR. MED. DR. MED. DENT.

HENNING WEFEL

Gesundheitsfragebogen

Nachname: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Beruf/Arbeitgeber: _____
 Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____
 Telefon privat: _____ Mobil: _____
 E-Mail-Adresse: _____
 Zahnarzt: _____ Hausarzt: _____
 Hauptversicherte/r: _____
 Krankenversicherung gesetzlich: _____
 Krankenversicherung Privat: _____ Privat-Basis Postbeamte

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

Herz- / Kreislaufkrankungen:

Herzinfarkt ja nein
 Herzklappenerkrankung ja nein
 Stent ja nein
 Herzschrittmacher ja nein
 Herzrhythmusstörungen ja nein
 Herzschwäche ja nein
 Schlaganfall ja nein
 Endokarditis ja nein
 Besitzen Sie einen Herzpass? ja nein

Bluterinnungsstörungen:

nach Verletzungen oder Eingriffen ja nein
 Blutarmut ja nein

Stoffwechselerkrankungen:

Osteoporose ja nein
 Diabetes ja nein
 Schilddrüsenerkrankung ja nein

Kreislauf- und Gefäßerkrankungen:

hoher Blutdruck ja nein
 niedriger Blutdruck ja nein
 Thrombose ja nein
 Embolie ja nein

Lebererkrankungen:

Leberverfettung ja nein
 Leberverhärtung ja nein

Lungen- und Atemwegserkrankungen:

COPD ja nein
 Asthma ja nein
 chronische Bronchitis ja nein
 Schlafapnoe ja nein

Infektionskrankheiten:

AIDS/HIV ja nein
 Gelbsucht/Hepatitis (A, B, C) ja nein
 Tuberkulose ja nein
 Krankenhauskeime (MRE) ja nein

Nieren- und Harnwegserkrankungen:

eingeschränkte Nierenfunktion ja nein
 Dialyse ja nein

Erkrankungen des Verdauungstraktes:

Magenerkrankungen ja nein
 chronische Darmerkrankungen ja nein

Augenerkrankungen:

grüner Star (Glaukom) ja nein

Nervenleiden:

Schlafstörungen ja nein
 Depression ja nein
 Epilepsie ja nein

Sonstige Erkrankungen:

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Bisphosphonate ein? ja nein seit _____
 Befinden Sie sich in medikamentöser Chemotherapie? ja nein seit _____
 Befinden Sie sich in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? ja nein seit _____
 Nehmen Sie hoch dosierte Steroide (z.B. Kortison) / Immunsuppressiva? ja nein seit _____
 Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? ja nein wann _____
 Haben Sie eine totale Hüftgelenks- oder Knieprothese? ja nein wann _____

Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis,...)? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

BITTE WENDEN!

Nehmen Sie andere Medikamente regelmäßig ein?
Haben Sie Allergien oder Überempfindlichkeiten?

ja nein
ja nein

Wenn ja, welche? _____
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie Drogen?
Konsumieren Sie vermehrt Alkohol?
Rauchen Sie?

ja nein
ja nein
ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?
Stillen Sie?

ja nein
ja nein

Wenn ja, welcher Monat? _____

Besteht ein Pflegegrad?
Wenn ja, welcher Pflegegrad? _____

ja nein

Haben Sie die bisherigen örtlichen Betäubungen („Spritze“) gut vertragen?
Wurden in den letzten 6 Monaten Röntgenaufnahmen im Kopfbereich angefertigt?

ja nein
ja nein

PATIENTENINFORMATION UND ERSTATTUNG:

Nach Injektionen jeglicher Art ist es min. 3 Stunden lang untersagt, selbst ein Kraftfahrzeug zu lenken.
Durch die Gabe eines Antibiotikums kann die Wirkung von hormonalen Verhütungsmitteln („Pille“) beeinträchtigt werden. Wir empfehlen deshalb generell für den entsprechenden Menstruationszyklus die Anwendung von zusätzlichen Verhütungsmitteln.

Hinweis für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung und freiwillig Versicherte:

Nach den Bestimmungen der Krankenkassenverbände muss die Versichertenkarte in jedem Fall bei Behandlungsbeginn vorgelegt werden. Nur in Notfällen kann die Versichertenkarte innerhalb von 10 Tagen nachgereicht werden.

Ich habe diese Regelung zur Kenntnis genommen und erkläre mich bei Nichtbeachtung mit der Erstellung einer Privatrechnung einverstanden.

Aufgrund der Änderungen des Gesundheitsstrukturgesetzes sind zahlreiche (zahn)ärztliche Leistungen nicht im Gegenstandskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten oder sind in ihrem Umfang so reduziert, dass die Qualität der daraus resultierenden (zahn)ärztlichen Leistung nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand entspricht. Wir klären Sie darüber auf, dass es in bestimmten Fällen gegenüber der Ihnen vom gesetzlichen Krankenkassenversicherungsträger zustehenden Leistungen zuverlässigere oder dauerhaftere Behandlungs- oder Versorgungsmöglichkeiten gibt, die als Verlangensleistung gemäß § 2 Abs. 3 in Rechnung gestellt werden. Für derartige Behandlungsmaßnahmen, die nicht den Versicherungsrichtlinien der gesetzlichen Krankenkassenversicherungsträger entsprechen, werden wir mit Ihnen eine schriftliche Vereinbarung treffen und einen gebührenpflichtigen Kostenvoranschlag erstellen.

Hinweis für Selbstzahler, Mitglieder von privaten Versicherungsträgern und Beihilfestellen:

Die Anzahl der Privatversicherungsträger und Beihilfestellen, die tarif- oder satzungsbedingt keine Behandlungsmaßnahmen und Verfahrenstechniken erstatten, die in der zahnärztlichen Behandlung (nach der Gebührenordnung für Zahnärzte GOZ) oder der ärztlichen Behandlung (nach der Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ) eingeführt wurden, nimmt stetig zu. Die Prüfung individueller Einzelverträge und die Beurteilung der abrechnungstechnischen Relevanz der darin enthaltenen Klauseln gehört nicht zu den Obliegenheiten eines Mund- Kiefer- Gesichtschirurgen. Wir erlauben uns daher, Versicherte von privaten Krankenkassenversicherungsträgern und Beihilfestellen ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass sie als Leistungsempfänger in vollem Umfang für die Begleichung aller entstehenden Behandlungs- und Laborkosten, unabhängig möglicher Rückerstattungen, verantwortlich sind, solange keine anders lautenden, schriftlichen Vereinbarungen getroffen wurden. Schriftliche Stellungnahmen zur Unterstützung bei der Geltendmachung Ihrer Leistungsansprüche gegenüber dem Versicherungsträger können nur in begründeten Ausnahmefällen und gegen entsprechende Gebühr erstellt werden.

Ich erkläre durch meine rechtsverbindliche Unterschrift, dass ich das Merkblatt zur Patienteninformation gelesen und verstanden habe.

Neckarsulm, den

Unterschrift Patient/ Sorgeberechtigter