

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!



ZAHNARZTPRAXIS DR. HOY
Falkenstein/Vogtland

Gesundheitsfragebogen

Bitte beantworten Sie diese Fragen sehr gewissenhaft - Sie helfen uns damit, die Ursachen für Ihre gesundheitlichen Probleme schneller zu finden.

Allgemeine Daten	
Vor- und Nachname	
Geburtsdatum und -Ort	
Straße Land, PLZ und Wohnort	
Telefon (Nr. mit bester Erreichbarkeit)	
Email-Adresse	
Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als Patient)	
Beruf und Arbeitgeber	
Auf wessen Empfehlung kommen Sie zu uns?	<input type="checkbox"/> Überweisender Arzt <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Social Media
Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
Versicherungsstatus	<input type="radio"/> Privat versichert <input type="radio"/> Gesetzlich versichert

Gesundheitsfragen - Lifestyle	
Anliegen: Warum suchen Sie unsere Praxis auf? Was ist ihr größter (zahn-)medizinischer Wunsch?	
Wie viele Stunden schlafen Sie im Schnitt pro Nacht?	
Wie viel % der Wachzeit würden Sie sich als gestresst bezeichnen?	
Treiben Sie Sport und wenn ja, welche Sportart und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gab es in letzter Zeit eine auffällige Gewichtszunahme oder Gewichtsabnahme?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie in Behandlung eines Heilpraktikers?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Für Frauen: sind Sie schwanger und wenn ja, in welchem Monat?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ . Monat

Ernährungsfragen	
Nehmen Sie Zucker und zuckerhaltige Getränke zu sich? Wenn ja, welche und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Nehmen Sie Milchprodukte zu sich? Wenn ja, welche und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Essen Sie Brot oder andere Getreideprodukte?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Essen Sie Fleisch oder Wurst? Wenn ja, welche und wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Essen Sie Fisch? Wenn ja, welchen und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein



Gesundheitsfragen		
Rauchen Sie? Wenn ja, wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, welche Produkte und wie oft / wie viel?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche genau?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leiden Sie an Diabetes mellitus	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leiden Sie an Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leiden Sie an Bluterkrankungen od. Gerinnungsstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leiden Sie an Infektionskrankheiten (Tbc, HIV+, Aids, Hepatitis)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leiden Sie an Erkrankungen des Nervensystems	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Leiden Sie an Allergien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Sonstige Erkrankungen / Pflegegrad	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Gibt es Auffälligkeiten beim Stuhlgang oder Wasserlassen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Unterschrift	
Mit einer Benachrichtigung, Terminerinnerung und sonstiger Informationen per Email bin ich einverstanden.	Ort, Datum, Unterschrift X
Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe und alle Kosten der Behandlung selbst tragen werde, unabhängig von einer Erstattung durch etwaige Kostenträger.	Ort, Datum, Unterschrift X
Mir wurde die Möglichkeit gegeben, einen Informationsbogen zur EU-DSGVO zu erhalten und etwaige Fragen zu stellen.	Ort, Datum, Unterschrift X
Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass nicht eingehaltene Termine, die nicht spätestens 48 h vorher abgesagt wurden, mit einem Stundensatz (nach §615 BGB) in Rechnung gestellt werden müssen. Dies gilt nicht bei nachweislich schuldlos unterbliebener Absage.	Ort, Datum, Unterschrift X