



DR. DR. THOMAS SCHUSTER

FACHARZT FÜR MUND-, KIEFER- & GESICHTSCHIRURGIE
FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTE: ÄSTHETISCHE GESICHTSCHIRURGIE & IMPLANTOLOGIE

Ickstattstr. 21 - Eingang Baaderstraße | 80469 München | Tel +49 (0)89 2488 676 30 | Fax +49 (0)89 2488 676 39
praxis@dr-dr-schuster.de | www.dr-dr-schuster.de

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Patienten-Name: _____	Versicherter: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsdatum: _____
Straße: _____	Straße: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon Arbeit: _____	
Telefon Privat: _____	
Telefon Mobil: _____	Krankenversicherung <input type="checkbox"/> gesetzlich
E-Mail: _____	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Basistarif
Hausarzt: _____	Name der Versicherung: _____
Hauszahnarzt: _____	beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf: _____	Zahnzusatzversicherung vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Liebe Patientin, lieber Patient,

alle Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Fragen Sie bei Unklarheiten bitte im persönlichen Gespräch nach.

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
1 Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzklappenfehler <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz		
3 Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Endokarditis <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher		
3.1 HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt		
3.2 TBC/Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1 Benötigen Sie vor der Behandlung eine Endokarditisprophylaxe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Wie ist Ihr Blutdruck?		
3.4 Hepatitis A, B, C (Gelbsucht) wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch		
4 Allergien (Wenn ja, welche?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			(Wenn ja, welcher Typ?) _____		
4.1 Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Nehmen/nahmen Sie Bisphosphonate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DR. DR. THOMAS SCHUSTER

FACHARZT FÜR MUND-, KIEFER- & GESICHTSCHIRURGIE

FACHZAHNARZT FÜR ORALCHIRURGIE

TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTE: ÄSTHETISCHE GESICHTSCHIRURGIE & IMPLANTOLOGIE

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein	Wenn Sie mit ja antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen	ja	nein
12 Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 Haben Sie häufig Kopf- oder Gesichtsschmerzen oder Muskelschmerzen / Verspannungen im Kiefer- oder Gesichtsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21 Haben Sie Angst vor einer Zahnbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Nierenerkrankungen oder -anomalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 Haben Sie Interesse an einer angstfreien, entspannten Behandlung unter Lachgas-Sedierung oder Narkose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23 Hatten Sie schon einmal Kreislaufstörungen oder andere Reaktionen nach einer Betäubung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Andere Erkrankungen (welche?) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24 Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? <input type="checkbox"/> Überweisung durch Dr. _____ <input type="checkbox"/> persönliche Empfehlung von _____ <input type="checkbox"/> Internet / Homepage <input type="checkbox"/> Telefonbuch / Das Örtliche <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ _____		
17 Nehmen Sie Medikamente oder pflanzliche Mittel ein? <input type="checkbox"/> Marcumar / Clopidogrel / ASS (Aspirin) _____ <input type="checkbox"/> andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18 Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel pro Tag? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19 Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> (Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ANÄSTHESIE-AUFKLÄRUNG

Im Laufe der Behandlung besteht die Möglichkeit einer örtlichen Betäubung der vom Zahn oder vom Operationsgebiet wegführenden Nerven (Leitungsanästhesie oder Infiltrationsanästhesie). Spezielle Risiken sind: Gefäßreizung, Bluterguss, allergische Reaktionen, Krämpfe, Nervenschäden. Bitte beachten Sie, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Betäubung oder Injektion beeinträchtigt sein kann.

Ich habe diese Aufklärung gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten sowie bei Bedarf der Weitergabe meiner Daten an Mitbehandler (z.B. Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Hausärzte und Physiotherapeuten) ausdrücklich zu.

Alle abgedruckten Informationen habe ich gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen umgehend mitzuteilen.

Ich willige der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) liegt in der Praxis aus und wurde von mir eingesehen.

Datum, Unterschrift _____