



## Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen.  
Sie helfen uns damit, sie noch individueller beraten und behandeln zu können. Vielen Dank!  
Ihr Praxisteam Kessler und Bruns.

### Zu Ihrer Person

Name (Patient): \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer privat: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Sie sind: gesetzlich versichert  → wenn ja, bei welcher Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
privat versichert

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Ja  Nein

Besitzen Sie einen Röntgenpass? Ja  Nein

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

### Bei Familienversicherung

Name (Versicherte/r): \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer geschäftlich: \_\_\_\_\_

e-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Gesundheitssituation

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→ Zuckerwert? _____
Asthma:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Chron. Bronchitis:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Zu niedriger Blutdruck:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Herz-/Kreislaufbeschwerden:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Verlängerte Blutungszeit, Blutgerinnungsstörungen:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	→ Quickwert, INR? _____
Epilepsie:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Magen-/Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankung:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis):	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Grüner Star (Glaukom):	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Rheuma:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
HIV:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Tuberkulose:	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	

Bitte wenden →

Leiden Sie an einer Allergie?                      Nein     Ja  → Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher / künstl. Herzklappe?    Nein     Ja  → seit wann? \_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Herzinfarkt?                      Nein     Ja

Hatten Sie einen Schlaganfall?                      Nein     Ja

Sonstige Erkrankungen?                      Nein     Ja  → Welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?                      Nein     Ja  → Welche? \_\_\_\_\_

---

Ihr Hausarzt (Name, Ort)                      \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?                      Nein     Ja

Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?                      Nein     Ja  → Welcher Monat? \_\_\_\_\_

Haben Sie die Betäubungen während Zahnbehandlungen immer gut vertragen?    Nein     Ja

### Ihre Mundsituation

Haben Sie Zahnfleischprobleme?                      Nein     Ja

Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen?                      Nein     Ja

Haben Sie Zahnlockerungen bemerkt?                      Nein     Ja

Haben Sie Probleme mit dem Kiefergelenk?                      Nein     Ja

Gefällt Ihnen Farbe und Form Ihrer Zähne?                      Nein     Ja

---

Dürfen wir Ihnen den Service bieten, Sie an Ihren halbjährlichen Vorsorgetermin zu erinnern?

Nein     Ja , per Mail  oder Brief

---

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Die von Ihnen für die Behandlung erforderlichen Daten werden erhoben und elektronisch gespeichert.

Ihre Daten werden nicht für kommerzielle Zwecke genutzt.

Hinweis: Diese Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, indem Sie eine E-Mail an [info@kessler-bruns.de](mailto:info@kessler-bruns.de) schicken.

Hiermit stimme ich der Speicherung der angegebenen Daten zu.

Bad Kreuznach, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_