

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name:                | <b>ID 32</b>   Identity 32<br>Zahnarztpraxis<br>Dr. Pieger<br><br>Dr. Sascha Pieger, MSc.<br>Spezialist für Prothetik (DGPro)<br>Zertifizierter Implantologe (DGI)<br><br>Philipp-Rosenthal-Straße 22<br>04103 Leipzig<br>0341 - 221 91 27<br>info@identity32.de<br>www.identity32.de |
| Anschrift:           |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Geburtsdatum / -ort: |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Telefon:             |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| E-Mail:              |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Krankenkasse:        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Zusatzversicherung:  |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## Gesundheitsfragebogen

**Datum:**

| Was ist der Grund Ihres Besuches?                                  |
|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Schmerzbehandlung                            |
| <input type="radio"/> Sanierung                                    |
| <input type="radio"/> Beratung / Kontrolle                         |
| <input type="radio"/> Durch Überweisung (auf Empfehlung von _____) |

| <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN | Allgemeine Situation - Kreuzen Sie bitte zutreffendes an!    |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Bestehen Allergien? Wenn ja worauf?                          |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Blutgerinnungsstörungen?                                     |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Herzerkrankungen (Bluthochdruck, Infarkt, Herzklappenersatz) |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Zuckerkrankheit (Diabetes Typ I, Typ II)                     |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Osteoporose                                                  |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis)                    |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Magen-Darm-Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn)                  |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Lebererkrankungen                                            |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Nierenerkrankungen (Niereninsuffizienz)                      |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Schilddrüsenerkrankungen (Hyper-; Hypothyreose)              |
| <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Augenerkrankungen (Grüner Star, Grauer Star)                 |

**○ JA ○ NEIN Allgemeine Situation - Kreuzen Sie bitte zutreffendes an!**

- ☐ ☐ Hautkrankheiten (Neurodermitis)
- ☐ ☐ Tumorerkrankungen (Wo? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ )
- ☐ ☐ Infektiöse Erkrankungen (Hepatitis, Tuberkulose, HIV, MRSA)
- ☐ ☐ Psychosomatische Erkrankungen (Depression)
- ☐ ☐ Sind Sie Raucherin/Raucher?
- ☐ ☐ Trinken Sie häufig größere Mengen Alkohol?
- ☐ ☐ Patientinnen: Sind Sie schwanger?
- ☐ ☐ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, Welche?  
\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, Wo?

**○ JA ○ NEIN Spezielle Situation - Kreuzen Sie bitte zutreffendes an!**

- ☐ ☐ Haben Sie Schmerzen an den Zähnen, am Zahnfleisch?
- ☐ ☐ Leiden Sie unter Zahnfleischbluten?
- ☐ ☐ Haben Sie das Gefühl, dass Sie unter Mundgeruch leiden?
- ☐ ☐ Empfinden Sie das Aussehen Ihrer Zähne als Problem?
- ☐ ☐ Leiden Sie unter chronischen Kopf-, Hals- oder Schulterschmerzen?
- ☐ ☐ Waren Sie in den letzten beiden Jahren beim Zahnarzt?
- ☐ ☐ Bestehen Röntgenaufnahmen von den Zähnen?  
Angabe des Jahres: \_\_\_\_\_
- ☐ ☐ Haben Sie regelmäßig eine Prophylaxe durchführen lassen?

**Wie möchten Sie auf zukünftige Termine hingewiesen werden? ○ Telefon ○ SMS**

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (z.B. Krankenhäuser, Ärzte, Labore) unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze sowie der Datenschutz-Grundverordnung ein. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

**Datum:** \_\_\_\_\_**Unterschrift:** \_\_\_\_\_