

<b>Kopfdaten des Versicherten (Name, Telefon, GK/PKV, ...)</b>	
- Ärzte? (HA, Neurologe, Internist, Orthopäde, Augenarzt...) – Name/Ort/Tel	
<b>Fragen zur allgemeinen Gesundheit - ggf. Auswahl-Option (ja/nein/weiß-nicht)</b>	
- Herzerkrankung, Herzpass? O	
- Blutgefäße/Blutdruck	
- Blut-Gerinnungsstörungen	
- Schlaganfall	
- Diabetes/Blutzucker	
- Osteoporose	
- Rheuma/Polyarthritis/Gicht	
- Nieren-Blasen-Erkrankung	
- Lebererkrankung	
- Lungenerkrankungen (Asthma, ...)	
- Schilddrüsenerkrankung	
- Multiple Sklerose	
- Parkinson	
- Epilepsie	
- Krebserkrankung	-
- Bestrahlung im Kopf-Hals-Bereich	
- Chemotherapie	
- Künstliche Gelenke	-
- Schrittmacher	-
- Allergien/Unverträglichkeiten (Lebensmittel, Medikamente, Latexhandschuhe, sonstige) – Allergiepass? O	
- Medikamentenliste? - ab 10/2016 Medikationsplan – ab 2018 elektronische Gesundheitskarte?	
- Nehmen Sie sonstige Medikamente ein, die der Arzt nicht verordnet hat?	
- Gibt es Dinge, die wir wissen sollten? (Inkontinenz, Magen-Darm-Probleme, Kreislaufprobleme-Schwindel, Höreinschränkungen-Hörgerät, Seheinschränkungen-Brille, Rücken-Gelenkschmerzen, chronische Schmerzen irgendwo im Körper, Unruhe in den Beinen (Restless-Legs-Syndrom), Tinnitus Muskelschwäche, Gedächtnisprobleme, Stimmungsschwankungen, Ängste, Suchterkrankungen (Rauchen Alkohol, Betäubungsmittel, Drogen, ...), ansteckende Erkrankungen (Aids, Tuberkulose, Hepatitis, MRSA, ...))	

## Fragen zur Mundgesundheit/Mundpflege/zahnärztlichen Behandlung

- Was ist passiert, was führt Sie zu uns? Haben Sie Probleme mit den Zähnen oder mit den Prothesen?
- Leiden Sie unter Mundtrockenheit? Ja O, Nein O
- Können Sie gut und ohne Schmerzen schlucken? Ja O, Nein O
- Wie wichtig sind Ihnen gesunde Zähne (sehr wichtig O, wichtig O, ich will kauen können O, ich will nur keine Schmerzen haben O)?
- Hauszahnarzt (ja O/nein O) – professionelle Zahnreinigung? (x/J), letzter Besuch?
- Bisherige Versorgung: eigene Zähne O, Kronen/Brücken O, Prothese Oberkiefer O, Prothese Unterkiefer O, Implantate O
- Bisherige Pflegemittel/Gewohnheiten: Zahnbürste O, elektrische Zahnbürste O, Zahnpasta O, Zahnseide O, Zahnzwischenraumbürste O, Zahnprothesenbürste O, Reinigungstabletten für Prothesen O, Haftcreme O, Prothesen nachts im Mund? ja O nein O
- Bonusheft? O, Implantatpass? O, Röntgenpass? O, Zahnpflegepass? O
- Gibt es Menschen oder Dinge, die dabei sein sollen, wenn Sie zu uns kommen?
- Gibt es Menschen, die Sie bei der Mundpflege unterstützen können?
- Zu welcher Tageszeit möchten Sie am liebsten zu uns kommen?
- Hatten Sie schon einmal Probleme bei einer Zahn-Behandlung (Spritze, ...)
- Sind Sie auf eine Gehilfe angewiesen? (Stöcke O, Rollator O, Rollstuhl O)

## Zusatzfragen bei Pflegebedürftigkeit...

- Bei wohnhaft in einer Pflegeeinrichtung – Wohnbereich/Zimmer: \_\_\_\_\_
  - Pflegestufe \_\_ mit Pflegebescheid O, Schwerbehindertenausweis Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ O, Eingliederungshilfe mit Bescheid O
  - Gesetzliche Betreuung/Vollmacht (Name, Telefon, Fax)
  - Ansprechpartner Pflege (Name, Telefon)
  - Angehöriger bzw. Kontaktperson (Name, Telefon)
  - Biografie: Beruf / Hobbys
  - Mobilität ohne Einschränkung O Rollator O Rollstuhl O liegend O
  - Kommunikationsfähigkeit ( + / O / - )
  - Kooperationsfähigkeit ( + / O / - )
  - Demenz ja O, nein O
  - Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_
  - Bei Betreuung/Vollmacht Betreuerausweis/Vollmacht & Personalausweis bitte mitbringen!
- Datum, Unterschrift Versicherter bzw. Betreuer/Bevollmächtigter