

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Bitte beachten Sie, dass diese zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Ihre Angaben werden von uns zwar gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Versicherter: Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Versicherung: gesetzliche Versicherung private Versicherung Krankenkasse: _____
 freiwillig versichert Vollversicherung
 Zusatzversicherung beihilfeberechtigt
 Kostenerstattung Basistarif Zutreffendes bitte ankreuzen

Anschrift: Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ mobil: _____ E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____ Beruf: _____ Tel. geschäftl.: _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: _____

Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden Sie behandelt? Bitte ausfüllen oder ankreuzen

		Ja	Nein
Herzerkrankung:	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufkrankungen:	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechsel- erkrankungen:	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems:	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien:	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass? Überempfindlichkeit gegen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:	Leberentzündungen/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aids, HIV-positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welchen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Erkrankungen: _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____

Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert und wenn ja wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen/möchten Sie einen Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? (Wenn ja, in welchem Monat?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum, Unterschrift

Patient/Versicherter