

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.

Patient: Name Vorname Geburtsdatum/-ort

Anschrift: Straße PLZ Ort

Tel. mobil E-Mail

Arbeitgeber* Beruf* Tel. geschäftlich*

Versicherung gesetzliche Versicherung private Versicherung Krankenkasse

Zusatzversicherung beihilfeberechtigt Zutreffendes bitte ankreuzen

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter (nur ausfüllen, falls anders als unter „Patient“ angegeben):

Name Vorname Geburtsdatum/-ort

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

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

	Ja	Nein
Herzerkrankungen:		
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"/>
Kreislaufferkrankungen:		
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"/>
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen:		
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems:		
z. B. 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:		
Allergie gegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillin-Überempfindlichkeit oder -Allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten:		
Leberentzündung/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"/>
Durch Prionen übertragbare Erkrankungen (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem:		
Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z. B. Antibiotika)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger? evtl. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, in welchem Monat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Art.-Nr. 1007024504

Ort, Datum Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter