

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/Hausnummer PLZ/Ort

Telefon: Festnetz Mobil E-Mail

Arbeitgeber Beruf Tel. geschäftlich

Versicherung: gesetzliche Versicherung private Versicherung Zusatzversicherung beihilfeberechtigt - Krankenkasse:

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

Name Vorname Geburtsdatum/-ort

NAME UND ANSCHRIFT IHRES HAUSARZTES

WEGEN WELCHER KRANKHEIT WURDEN ODER WERDEN SIE BEHANDELT?

		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"/>
KREISLAUFERKRANKUNGEN	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, welche:		
SONSTIGE ERKRANKUNGEN			
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit?			
Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z. B. Antibiotika)? 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?		
	Besitzen/möchten Sie ein 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?		

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter