

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

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

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

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter: _____
Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse

pflichtversichert Privatversicherung: _____
 freiwillig versichert

Anschrift: _____
Postleitzahl Ort Strasse Telefon-Nr. privat Telefon-Nr. gesch.

Arbeitgeber:* _____ Beruf:* _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes:

		Bitte ausfüllen oder ankreuzen	
Wegen welcher Krankheit werden oder wurden 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"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems:	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		
Sonstige Erkrankungen:		
	Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?		
Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? (Welcher Monat?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift Patient/Versicherter

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.

* freiwillige Angaben