

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitte ich Sie um Ausfüllung dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis 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

Mitglied _____
 Name Vorname Geburtsdatum
 pflichtversichert
 freiwillig versichert

Anschrift: _____
 Postleitzahl Ort Straße Telefon-Nr.

Arbeit- _____
 geber: _____
 Telefon-Nr.

Beruf: _____

		Bitte ausfüllen oder ankreuzen	
		ja	nein
Stehen Sie in ärztlicher Behandlung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelnder Arzt: _____			
Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt ?			
Herzkrankungen:	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"/>
	Zustand nach Herzinfarkt	<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"/>
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"/>

Bitte ausfüllen
oder ankreuzen

ja nein

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B, oder C)
 Tuberkulose
 Chronische Erkrankungen der Atemwege-Husten etc.

Immunsystem: Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems ?

Sonstige Erkrankungen:
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ? _____

Weitere Angaben: Sind oder waren Sie drogenabhängig ?
 Sind Sie frisch operiert ?
 Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt ? _____
 Sind Sie schwanger ? (Welcher Monat ?).

Kenntnisnahme bestätigt und für die
Richtigkeit der gemachten Angaben zeichnet: _____
 Datum / Unterschrift

Ich danke Ihnen für Ihre Angaben.