

Erhebungsbogen über vorliegende Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er verbleibt bei Ihren persönlichen Behandlungsunterlagen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben.

Diesen 1. Teil bitte nur ausfüllen, wenn uns keine Krankenversichertenkarte vorliegt:

Patient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter: _____
 (wenn anders) Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
PLZ Ort Straße Telefon privat Telefon tagsüber

Krankenkasse: _____ Private Krankenversicherung: _____

2. Teil: freiwillige Angaben: Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Name und Praxisort Ihres Hausarztes: _____

3. Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden sie behandelt? bitte ausfüllen/ankreuzen: ja nein

Herzerkrankungen:	Herzschwäche (Insuffizienz)				
	Herzinfarkt, Bypass, wann?				
	Herzschrittmacher				
Blut-, Kreislauf- erkrankungen:	zu hoher Blutdruck				
	Einnahme blutgerinnungs-hemmender Mittel				
	Blutungsneigung (Hämophilie)				
	Blutarmut (Anämie)				
	Ohnmachtsanfälle				
Stoffwechsel- erkrankungen:	Zuckerkrankheit (Diabetes)				
	Magen-Darm-Erkrankung				
	Schilddrüsenerkrankung				
Allergien oder Überempfindlichkeiten gegen:				
	Ekzeme				
	Penicillin-Überempfindlichkeit				
	Asthma				
Infektions- erkrankungen:	Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis)				
	Tuberkulose				
	chronische Erkrankung der Atemwege – Husten				
	AIDS / HIV-positiv				
	Erkrankung des Immunsystems				
	Rheuma				
sonstige Erkrankungen:				
	Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?				
Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?				
	Sind Sie Raucher? Wie viele Zigaretten am Tag?				
	Wurden Sie vor kurzem operiert?				
	Besitzen bzw. wünschen Sie ein Röntgennachweisheft?				
	Sind sie schwanger? welcher Monat?				
	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie?				

DatumUnterschrift Patient / Versicherter