

# Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie um das Ausfüllen dieses Erhebungsbogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben 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; sie unterliegen den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: Name..... Vorname..... Geburtsdatum.....  
Geburtsort.....

Versicherter: Name..... Vorname..... Geburtsdatum.....

Anschrift: Straße..... PLZ/Ort .....

Telefon..... mobil..... E-Mail.....  
Arbeitgeber..... Beruf..... Telefon geschäftlich.....

Versicherung: gesetzliche Versicherung private Versicherung Krankenkasse .....

Freiwillig versichert Vollversichert

Zusatzversichert Beihilfeberechtigt

Wir bitten Sie um die Beantwortung der unten aufgeführten Fragen, damit wir uns bei der Behandlung besser auf Sie einstellen können.

|                                       | unwichtig | bis             | wichtig |
|---------------------------------------|-----------|-----------------|---------|
| Wie wichtig sind Ihnen gesunde Zähne? | 1         | 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10      |
| Wie wichtig sind Ihnen schöne Zähne?  | 1         | 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10      |
| Wie wichtig ist ein guter Biss?       | 1         | 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10      |
| Wie wichtig ist ein frischer Atem?    | 1         | 2 3 4 5 6 7 8 9 | 10      |
| Durch wen wurden Sie empfohlen        | .....     |                 |         |
| oder überwiesen?                      | .....     |                 |         |

Wir bitten Sie, Änderungen Ihrer Adresse und Ihres Gesundheitszustandes uns zeitnah, spätestens jedoch vor einer Behandlung mitzuteilen.

Alle Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß zu erteilen; sie sind für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wie auch für eine sachgerechte medizinische Behandlung erforderlich. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches sowie den strengen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Name und Anschrift Ihres Hausarztes.....

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

|  |   | Ja                       | Nein                     |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen  | Herzinsuffizienz, Herzfehler                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Herzrhythmusstörungen                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Herzasthma, Angina pectoris                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Herzklappenersatz                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Herzschrittmacher                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Überstandene Herzinnenhautentzündung (Endokarditis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Herzinfarkt, wann.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | hoher Blutdruck                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselerkrankungen   | niedriger Blutdruck                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Zuckerkrankheit (Diabetes)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Augenerkrankung  | Schilddrüsenerkrankungen                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Grüner Star, Glaukom                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infektionskrankheiten  | Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | HIV-Infektion                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Tuberkulose   | <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"/> |
|  | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen   | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-Darmerkrankungen   | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knochen- oder Gelenkerkrankungen   | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen  | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankungen   | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankungen  | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chemo- oder Strahlentherapie   | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankungen des Immunsystems  | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Erkrankungen  | .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Allergien  | .....   |                          |                          |
|  | Besitzen Sie einen Allergiepass?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche Medikamente nehmen Sie?   | .....   |                          |                          |
|  | .....   |                          |                          |
| Besteht eine Schwangerschaft?  | Wenn ja, welche Woche? .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente wie ASS, Marcumar, Pradaxa, Xarelto, Eliquis o.a. ? |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie?   | Wieviele Zigaretten pro Tag? .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Folgejahre:**  
.....

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift