

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 Befreit

Zusatzversichert Beihilfeberechtigt Kostenerstattung

Pflegestufe/Pflegegrad:...

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.

Durch wen wurden Sie empfohlen

oder überwiesen?

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"/>
	Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überstandene Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		□	□
		Ja	Nein
	Herzinfarkt, wann.....	□	□
	hoher Blutdruck	□	□
	niedriger Blutdruck	□	□
Stoffwechselerkrankungen	Zuckerkrankheit (Diabetes)	□	□
	Schilddrüsenerkrankungen	□	□
Augenerkrankung	Grüner Star, Glaukom	□	□
Infektionskrankheiten	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B, C)	□	□
	HIV-Infektion	□	□
	Tuberkulose	□	□
Erkrankungen des Nervensystems	epileptiforme Anfälle / Krämpfe	□	□
Bluterkrankungen	Blutungsneigungen (Hämophilie)	□	□
	Blutarmut (Anämie)	□	□
Lungenerkrankungen	.....	□	□
Magen-Darmerkrankungen	.....	□	□
Knochen- oder Gelenkerkrankungen	.....	□	□
Lebererkrankungen	.....	□	□
Nierenerkrankungen	.....	□	□
Tumorerkrankungen	.....	□	□
Chemo- oder Strahlentherapie	.....	□	□
Erkrankungen des Immunsystems	.....	□	□
Sonstige Erkrankungen	.....	□	□
Allergien	.....	
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	□	□
Welche Medikamente nehmen Sie?	.....	
		
Besteht eine Schwangerschaft?	Wenn ja, welche Woche?	□	□
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente wie ASS, Marcumar, Pradaxa, Xarelto, Eliquis o.a. ?		□	□
Rauchen Sie?	Wieviele Zigaretten pro Tag?	□	□

.....
Ort, Datum	Unterschrift
Folgejahre:	
.....
Ort, Datum	Unterschrift
.....
Ort, Datum	Unterschrift
.....
Ort, Datum	Unterschrift
.....
Ort, Datum	Unterschrift