

# Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Bitte beachten Sie, dass diese zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. – Ihre Angaben werden von uns zwar gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

**Patient:** Name ..... Vorname ..... geb. am .....

**Versicherter:** Name ..... Vorname ..... geb. am .....

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

freiwillig versichert       Vollversicherung

Zusatzversicherung       beihilfeberechtigt

Kostenerstattung       Basistarif      Zutreffendes bitte ankreuzen

**Anschrift:** Straße ..... PLZ ..... Ort .....

Tel. .... mobil ..... E-Mail .....

**Arbeitgeber:** ..... Beruf ..... Tel. geschäftlich .....

**Name und Anschrift des Hausarztes** .....

**Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? – Bitte ausfüllen oder ankreuzen**      **Ja**      **Nein**

<b>Herzerkrankungen:</b>	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"/>
<b>Kreislaufferkrankungen:</b>	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"/>
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>	epileptiforme Anfälle/ Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bluterkrankungen:</b>	Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien:</b>	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"/>
<b>Infektionskrankheiten:</b>	Leberentzündung/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-positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Immunsystem:</b>	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welchen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>	.....		
<b>Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (sog. Biphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? .....</b>			
<b>Weitere Angaben:</b>	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert und wenn ja, wo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? .....		
	Besitzen/ möchten Sie ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? (Wenn ja, in welchem Monat?) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie? .....		

.....  
Datum/ Unterschrift

.....  
Patient/ Versicherter