

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf Ihre Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter: _____
Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift: _____
Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Telefon (freiwillig): _____ Beruf (freiwillig): _____

Name der Krankenkasse: _____

- gesetzlich versichert Zahnzusatzversicherung
 privat versichert *Normaltarif* *Basistarif* *Beihilfe versichert*

Hausarzt: _____

Wie haben Sie uns gefunden? Zahnarzt – Hausarzt – Kieferorthopäde/in – Das Örtliche –
Freunde/Bekannte – Internet – Andere

Wegen welcher Erkrankung werden oder wurden Sie behandelt?

- | | | | | |
|----------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------|
| Herz: | Herzschwäche (Insuffizienz) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| | Unregelmäßiger Herzschlag | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| | Herzasthma, Angina pectoris | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| | Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| | Künstliche Herzklappe | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Kreislauf: | Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| | Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| | Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wann? _____ |
| | Schlaganfall | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wann? _____ |
| Stoffwechsel: | Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Blut: | Blutungsneigung (Hämophilie) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| | Blutarmut (Anämie) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

<u>Nervensystem:</u>	Krampfleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<u>Infektionen:</u>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	AIDS, HIV	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<u>Allergien:</u>	Medikamente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
	Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
	Sonstiges	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
	Besteht/bestand eine Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
	Hatten Sie eine Strahlentherapie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
	Hatten Sie eine Chemotherapie ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Sonstige Erkrankungen: _____

<u>Medikamente:</u>	ASS, Clopidogrel (Plavix)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welches? _____
	Marcumar	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
	Eliquis, Xarelto, Pradaxa, Lixiana	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welches? _____
	Sonstige „Blutverdünner“	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
	Bisphosphonattherapie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____
	Tumorthherapie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	welche? _____

Welche sonstigen Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich geröntgt? _____

Rauchen Sie? nein ja

Sind Sie schwanger? nein ja vielleicht

Ort, Datum _____

Unterschrift _____