

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen verpflichtet uns der Gesetzgeber, die in diesem Erhebungsbogen enthaltenen Angaben zu erfragen. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollten sich Änderungen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes ergeben, bitten wir Sie uns unverzüglich in Kenntnis zu setzen. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Versicherter:

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift:

Postleitzahl _____ Ort _____ Straße _____

Tel. privat _____ Tel. mobil _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>
freiwillig versichert	<input type="checkbox"/>
privat versichert	<input type="checkbox"/>
privat Basistarif	<input type="checkbox"/>

Arbeitgeber: _____

Tel: Arbeit _____ Beruf _____

Sind Sie an folgenden modernen Behandlungsmethoden interessiert?

ja	nein
----	------

- Behandlung mit Laser (z.B. „Bohren ohne Bohrer“)
- Hochwertige Füllungen aus Keramik oder Keramik – Kunststoff
- Professionelle Zahnreinigung, Maßnahmen zur Zahngesunderhaltung
- Prothesenreinigung

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Medikament: _____ gegen: _____

Medikament: _____ gegen: _____

Medikament: _____ gegen: _____

Medikament: _____ gegen: _____

		ja	nein
Herz- Kreislaferkrankung	Herzschrittmacher		
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)		
	Künstliche Herzklappen / Herzklappenfehler		
	Herzinnenwandentzündung / angeborene Herzerkrankung		
	Bluthochdruck		
	Angina Pectoris		
	Herzinfarkt (wann?)		
Stoffwechselerkrankung	Diabetes (Zuckerkrankheit)		
	Schilddrüsenerkrankung		
Bluterkrankung	erhöhte Blutungsneigung (Hämophilie)		
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente („Blutverdünnung“), welche ?.....		
	Sonstige Bluterkrankung :		
Allergien	Penicillin – Allergie		
	Asthma		
	Sonstige (welche ?)		
Infektionskrankheiten	Hepatitis (A , B oder C ?)..... wann ?.....		
	Tuberkulose		
	HIV / AIDS		
	Sonstige (welche ?)		
Erkrankungen des Immunsystems	wenn ja, welche?		
		
Sonstige Erkrankungen	Wenn ja, welche?		
		
Liegt eine Schwangerschaft vor?	wenn ja:		
	welcher Monat ?		
Haben Sie bemerkt, dass Sie Mundgeruch haben und möchten Sie, dass dieser bei uns in der Praxis behandelt wird?			
Mundgeruch wird oftmals von Bakterien verursacht. Möchten Sie mit einem speziellen Testverfahren, diese Bakterienstämme bestimmen lassen?			
Rauchen Sie?			
Besteht bei Ihnen eine Zahnzusatzversicherung?			
Möchten Sie an Ihren nächsten Vorsorgetermin erinnert werden?			

Wir möchten Sie an dieser Stelle außerdem darauf hinweisen, dass die im Rahmen einer Zahnbehandlung verabreichte lokale Anästhesie („Spritze“) die Fahrtauglichkeit einschränken kann! (Bitte beachten Sie hierzu auch das beiliegende Infoblatt über die Lokalanästhesie).

Ihre Anregungen, Hinweise oder Verbesserungsvorschläge helfen uns dabei, unsere Behandlung noch mehr auf die Bedürfnisse unserer Patienten abzustimmen. Wenn Ihnen etwas auffallen sollte so sprechen Sie uns bitte jederzeit an oder hinterlassen Sie eine Notiz in unserem Feedback-Kasten im Wartezimmer.

Datum

Unterschrift Patient/ Versicherter