

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 zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes oder der von Ihnen eingenommenen Medikamente ergeben, bitten wir Sie, uns unverzüglich hierüber zu informieren.

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 _____

Telefon privat _____ Telefon mobil _____ E-Mail _____

Krankenkasse: _____

gesetzlich versichert

privat versichert

☐
☐

Arbeitgeber: _____

Telefon 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

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

Medikament: _____ gegen: _____

Medikament: _____ gegen: _____

Medikament: _____ gegen: _____

Medikament: _____ gegen: _____

		ja	nein
Herz- Kreislauferkrankung	Herzschrittmacher	☐	☐
	Unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	☐	☐
	Künstliche Herzklappen / Herzklappenfehler	☐	☐
	Herzinnenwandentzündung / angeborene Herzerkrankung	☐	☐
	Bluthochdruck	☐	☐
	Ventrikelseptumdefekt (Loch in der Herzscheidewand)	☐	☐
	Angina Pectoris / Herzinfarkt (wann?)	☐	☐
Stoffwechselerkrankung	Diabetes (Zuckerkrankheit)	☐	☐
	Schilddrüsenüberfunktion	☐	☐
	Schilddrüsenunterfunktion	☐	☐
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?		☐	☐
Wünschen Sie sich manchmal weißere Zähne und wären Sie daran interessiert, von uns beraten zu werden, wie wir Ihre Zähne schonend um mehrere Nuancen aufhellen können?		☐	☐
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 _____