

Erhebungsbogen für 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.

Name und Anschrift Ihres Hausarztes _____

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

HERZERKRANKUNGEN

- Herzschwäche (Insuffizienz)
- unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
- Herzasthma, Angina pectoris
- Herzschrittmacher

BLUTERKRANKUNGEN

- Blutungsneigungen (Hämophilie)
- Blutarmut (Anämie)

KREISLAUFERKRANKUNGEN

- zu hoher Blutdruck
- zu niedriger Blutdruck
- Herzinfarkt, wann? _____
- Einnahme gerinnungshemmender Medikamente
- Ohnmachtsanfälle

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Schilddrüsenerkrankungen

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

- z. B. epileptiforme Anfälle/Krämpfe

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

INFEKTIONSKRANKHEITEN

- Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)
- Tuberkulose
- Aids, HIV-positiv
- durch Prionen übertragbare Erkrankungen (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)
- chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.

ALLERGIEN

- Allergie gegen _____

- Besitzen Sie einen Allergiepass?
- Penicillin-Überempfindlichkeit oder -Allergie?
- Überempfindlichkeit gegen _____

- Asthma

IMMUNSYSTEM

- Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welchen? _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sogenannte Biphosphonate) beziehungsweise haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? _____

Haben bei Ihnen Medikamente nicht gewirkt (z. B. Antibiotika)? Wenn ja, welche? _____

Weitere Angaben

Sind Sie schwanger? Eventuell? Wenn ja, in welchem Monat? _____

Sind Sie frisch operiert? Wenn ja, wo? _____

Besitzen oder möchten Sie ein Röntgennachweisheft? Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____

Sind oder waren Sie drogenabhängig?

Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie? _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter

Patient

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum/-ort _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ mobil _____ Email _____

Arbeitgeber _____ Beruf _____

Telefon beruflich _____

Versicherung

gesetzlich

privat

Krankenkasse _____

Zusatzversicherung

beihilfeberechtigt

Zutreffendes bitte ankreuzen

Versicherter/Zahlungspflichtiger/gesetzlicher Vertreter *Nur ausfüllen, falls anders als oben angegeben*

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum/-ort _____

