



ERHEBUNGSBOGEN ÜBER VORHANDENE ERKRANKUNGEN

Willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns Ihren detaillierten Wünschen widmen können, bitten wir Sie um die gewissenhafte Beantwortung der folgenden Fragen. Dies ermöglicht uns eine individuelle Behandlung und hilft zudem, Zwischenfälle zu vermeiden. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PATIENT

Name

Vorname Titel

Geburtsdatum, -ort

Anschrift

Telefon privat ☐ mobil

Telefon dienstlich ☐ mobil

E-Mail

Stehen Sie in ärztlicher Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

BEHADELNDER ARZT

Name

Ort Telefon

VORBEHADELNDER ZAHNARZT

Name

Ort Telefon

VERSICHERTER ☐ übereinstimmend mit Patient

Name

Vorname Titel

Geburtsdatum, -ort

Anschrift

Telefon privat ☐ mobil

Telefon dienstlich ☐ mobil

E-Mail

KRANKENKASSE

☐ gesetzlich ☐ freiwillig ☐ Kostenerstattung

☐ privat ☐ Standardtarif ☐ studentisch ☐ beihilfeberechtigt

ZUSATZVERSICHERUNG

☐ Nein ☐ Ja

BESTEHEN ODER BESTANDEN FOLGENDE ERKRANKUNGEN? ☐ Nein

Herz-/Kreislaufkrankungen

☐ Blutdruckstörungen hoch/niedrig

☐ Herzklappenfehler/-ersatz

☐ Herzschrittmacher

☐ Herzschwäche (Insuffizienz)

☐ Herzrhythmusstörungen

☐ Herzasthma/Angina Pectoris

☐ Endokarditis

☐ Herzoperation

☐ Zustand nach Herzinfarkt

Infektionserkrankungen

☐ HIV-Infektion/Aids

☐ Hepatitis/Lebererkrankung

☐ Tuberkulose

☐ Creutzfeld-Jakob-Krankheit

Allergien

☐ Lokalanästhesie/Betäubungsspritzen

☐ Antibiotika

☐ Schmerzmittel

☐ Metalle

☐ Latex

☐ Sonstige Allergien

Andere Erkrankungen/Therapien

☐ Krebs

☐ Osteoporose/Bisphosphonate

☐ Anfallsleiden (Epilepsie)

☐ Asthma/Lungenerkrankung

☐ Blutgerinnungsstörung

☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Nierenerkrankung

☐ Zuckerkrankheit (Diabetes)

☐ Rheuma

☐ Magen-/Darmerkrankung

☐ Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung

**WEITERE GESUNDHEITLICHE MERKMALE**

Haben Sie andere Erkrankungen oder Unverträglichkeiten?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Bei Osteoporose: haben Sie schon einmal eine Bisphosphonat-Therapie erhalten?

☐ Nein ☐ Ja

Sind bei Ihnen zuletzt (zahnärztliche) Röntgenaufnahmen gemacht worden? ☐ Nein ☐ Ja, am

Besteht eine Schwangerschaft?

☐ Nein ☐ Ja, im Monat

Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ Ja, etwa

Besteht eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit?

☐ Nein ☐ Ja, von

Neigen Sie zur Ohnmacht ☐ Nein ☐ Ja

Sonstiges

ANLIEGEN, WÜNSCHE UND BEDÜRFNISSE

Welches besondere Anliegen hat Sie zu uns geführt?

.....
.....

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden?

☐ Ja ☐ Nein

Verursachen Ihre Kiefergelenke Geräusche oder Schmerzen?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Zahnfleischbeschwerden oder Blutungen beim Zähneputzen?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Nicht übermäßig

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

☐ Überweisung von

☐ Empfehlung von

☐ Internet ☐ Praxisschild ☐

Ich verpflichte mich während der gesamten Behandlungszeit, alle Änderungen des Gesundheitszustandes sowie anderer Angaben stets unverzüglich mitzuteilen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift