



## 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

### BEHANDELNDER ARZT

Name .....

Ort ..... Telefon .....

### VORBEHANDELNDER 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-/Kreislauferkrankungen

- Blutdruckstörungen hoch/niedrig
- Herzkappenfehler/-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.....