

## Erhebungsbogen über vorhandene Krankheiten

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Ihre Angaben werden von uns ggf. elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

### Patient

### Versicherter

Name:	_____	Name:	_____
Vorname:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum/Ort	_____	Geburtsdatum:	_____
Adresse:	_____	Wer soll die Rechnung erhalten?	_____
	_____		
Tel. Privat:	_____	Name:	_____
Handy:	_____	Adresse:	_____
		Nur bei privat Versicherten:	
Beruf:	_____	Sind Sie beihilfeberechtigt?	ja / nein
	_____	Sind Sie Basistarif versichert?	ja / nein
Arbeitgeber, Ort:	_____	Bei gesetzlich Versicherten:	
	_____	Sind Sie pflichtversichert:?	ja / nein
Tel. Arbeitsplatz:	_____	Sind Sie freiwillig versichert?	ja / nein
		Haben Sie eine Zusatzversicherung? ja / nein	
Krankenkasse:	_____		

Wer ist Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?

(Bitte ausfüllen oder ankreuzen)

		ja	nein
<b>Herzerkrankungen:</b>	Herzschwäche (Insuffizienz)_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzasthma, Angina pectoris_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzschrittmacher_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	künstliche Herzklappe_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<b>ja</b>	<b>nein</b>
<b>Kreislaufkrankungen:</b>	zu hoher Blutdruck_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	zu niedriger Blutdruck_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Herzinfarkt, wann?_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wenn ja, welche ASS, Marcumar, Plavix, Iscover, Clexane _____		
Ohnmachtsanfälle_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<b>ja</b>	<b>nein</b>
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	Zuckerkrankheit (Diabetes)_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Schilddrüsenerkrankungen_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nierenerkrankungen_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Prostataerkrankung_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
		<b>ja</b>	<b>nein</b>
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>	epileptiforme Anfälle / Krämpfe_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Leiden Sie unter Migräne?_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Bluterkrankungen:</b>	Blutungsneigung (Hämophilie)_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Blutarmut (Anämie)_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Allergien:</b>	Ekzem_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Penicillin-Überempfindlichkeit _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Besitzen Sie einen Allergiepass? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Überempfindlichkeiten gegen _____			
<b>Infektionskrankheiten:</b>			
Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A, B und C) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tuberkulose _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
chronische Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche? _____			
Haben Sie HIV oder AIDS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Augen:</b> Haben Sie grünen Star? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Sonstige Erkrankungen:</b> _____			
<b>Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?</b> _____			
<b>Weitere Angaben:</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Sind oder waren Sie drogenabhängig? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sind
Sie frisch operiert? _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? _____			
Sind Sie schwanger? (Welcher Monat/ Woche?) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b><u>Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?</u></b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	
Haben Sie Zahnschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Blutet Ihr Zahnfleisch?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind Ihre Zähne gelockert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie? _____			

**Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse. Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

**Bad Kreuznach, den 8. Januar 2013**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigter/Vormund