

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen. 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: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter: _____
Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich bin pflichtversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Standardtarif Versicherte/r |
| <input type="checkbox"/> Ich bin freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin Basistarif Versicherte/r |
| <input type="checkbox"/> Ich bin beihilfeberechtigt | <input type="checkbox"/> Ich habe die Kostenerstattung nach §13 SGB V gewählt |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat zusatzversichert | <input type="checkbox"/> Ich bin nicht versichert |
| <input type="checkbox"/> Ich bin privat versichert | <input type="checkbox"/> Ich bin zuschussberechtigt /Sozialamt, Versorgungsamt |

Anschrift: _____
PLZ Ort Straße Tel.-Nr. privat Tel.-Nr. geschäftlich

Arbeitgeber:* _____ Beruf:* _____

Name und Anschrift Ihres Hausarztes

Wegen welcher Krankheiten werden oder wurden Sie behandelt?

Bitte ausfüllen
oder ankreuzen

Herzkrankheiten: Herzschwäche (Insuffizienz)
 unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)
 Herzasthma, Angina pectoris, Herzinfarkt, wann?
 Herzschrittmacher

Kreislaufkrankungen: zu hoher Blutdruck
 zu niedriger Blutdruck
 Einnahme gerinnungshemmender Medikamente

Stoffwechselerkrankungen: Zuckerkrankheit (Diabetes)
 Magen-Darm-Erkrankungen
 Schilddrüsenerkrankungen

Erkrankungen d. Nervensystems: epileptiforme Anfälle/Krämpfe

Bluterkrankungen: Blutungsneigungen (Hämophilie)
 Blutarmut (Anämie)

Allergien: Ekzeme
 Penicillin-Überempfindlichkeit
 Asthma
 Besitzen Sie einen Allergiepass?
 Überempfindlichkeit gegen _____

Infektionskrankheiten: Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)
 Tuberkulose
 chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc.
 AIDS, HIV

Immunsystem: Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche?

Sonstige Erkrankungen: _____

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? _____

Datum/Unterschrift Patient/Versicherter

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.
Ihre Praxis Dr. med. dent. Peter Schweigert

*freiwillige Angaben