

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

verschiedene Krankheiten können Einfluss auf die zahnärztlich-chirurgische Behandlung nehmen. Deswegen bitten wir Sie diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientenname	Vorname	Geburtsname	Geb.-Datum
Anschrift			Geburtsort
Mitglied/Versicherter/ Zahlungspflichtiger			
Name	Vorname	Geb.-Datum	
Anschrift			
Telefon	Privat	Mobil	am Arbeitsplatz
Name der Krankenkasse:			
<input type="checkbox"/> pflichtversichert	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> privat (Basis/Standardtarif)	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt

Leiden Sie unter

		Ja	nein			Ja	nein
Zuckerkrankheit ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neigen Sie zu Ohnmacht ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie zu hohen Blutdruck ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie zu niedrigen Blutdruck ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie künstliche Gelenke ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wenn ja, welche ?				Haben Sie Herzkrankungen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				- Herzfehler ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Herzklappenprobleme ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Herzoperation ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Haben Sie einen Herzschrittmacher ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bisphosphonat-Behandlung? (zurzeit / früher)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden (Epilepsie) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie zurzeit Medikamente ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (AIDS,HIV positiv) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Wenn ja, welche ?			
Sucht (Rauchen, Alkohol...)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tumorerkrankungen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hepatitis ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Erkrankungen ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Wenn ja, welche ?			
- Wenn ja, welche ?							
Name des Hausarztes:				Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name des Hauszahnarztes:				Für Patientinnen: Sind Sie schwanger ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bergheim, _____
Datum, Unterschrift