

**Zahnarztpraxis  
Ilka Engel**



**Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen**

*Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass diese zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.*

*Ihre Angaben werden von uns zwar gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.*

<b>Patient:</b>	Name: _____	Vorname: _____					
	geboren am: _____						
<b>Falls abweichend:</b>							
<b>Versicherter:</b>	Name: _____	Vorname: _____					
	geboren am: _____						
<b>Versicherung:</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>o gesetzliche Versicherung:</b>                      o freiwillig versichert                      o Zusatzversicherung                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>o private Versicherung:</b>                      o beihilfeberechtigt                      o Basistarif                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right; padding-top: 10px;">Zutreffendes bitte ankreuzen</td> </tr> </table>			<b>o gesetzliche Versicherung:</b> o freiwillig versichert o Zusatzversicherung	<b>o private Versicherung:</b> o beihilfeberechtigt o Basistarif	Zutreffendes bitte ankreuzen	
<b>o gesetzliche Versicherung:</b> o freiwillig versichert o Zusatzversicherung	<b>o private Versicherung:</b> o beihilfeberechtigt o Basistarif						
Zutreffendes bitte ankreuzen							
<b>Anschrift:</b>							
Straße: _____	PLZ/ Ort: _____						
Telefon: _____	E-Mail: _____						
Arbeitgeber: _____	Beruf: _____						
Tel.geschäftl. _____							

<b>Name/ (Anschrift) Ihres Hausarztes:</b> _____			
<b>Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?</b>		<b>Bitte ausfüllen oder ankreuzen</b>	
<b>Herzerkrankungen:</b>	Herzschwäche (insuffizienz)	o ja	o nein
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	o ja	o nein
	Herzasthma, Angina pectoris	o ja	o nein
	Herzschrittmacher	o ja	o nein
<b>Kreislaufkrankungen:</b>	zu hoher Blutdruck	o ja	o nein
	zu niedriger Blutdruck	o ja	o nein
	Herzinfarkt, wann? _____	o ja	o nein
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	o ja	o nein
	Ohnmachtsanfälle	o ja	o nein



**Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen**

<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) wenn ja, welche Form? _____	o ja	o nein
	Magen-Darm-Erkrankungen	o ja	o nein
	Schilddrüsenerkrankung	o ja	o nein
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>	epileptiforme Anfälle/ Krämpfe	o ja	o nein
<b>Bluterkrankungen:</b>	Blutungsneigungen (Hämophilie)	o ja	o nein
	Blutarmut (Anämie)	o ja	o nein
<b>Allergien:</b>	Ekzeme	o ja	o nein
	Penicillin- Überempfindlichkeit	o ja	o nein
	Asthma	o ja	o nein
	Besitzen Sie einen Allergiepass? Überempfindlichkeit gegen: _____	o ja	o nein
<b>Infektionskrankheiten:</b>	Leberentzündung/ Gelbsucht (Hepatitis ) wenn ja: A oder B?: _____	o ja	o nein
	Tuberkulose	o ja	o nein
	chronische Erkrankungen der Atemwege	o ja	o nein
	Aids, HIV- positiv	o ja	o nein
<b>Immunsystem:</b>	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welche? _____	o ja	o nein
	Leiden Sie unter einer Tumorerkrankung? wenn ja welche Form? _____	o ja	o nein
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>	Leiden Sie an grünem Star (Glaukom)?	o ja	o nein
	Nehmen Sie Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie z.B. Osteoporose (z.B. Bisphosphonate) oder haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?	o ja	o nein
<b>Erkrankungen die nicht erwähnt wurden:</b>	_____		
<b>Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?</b>	_____		
<b>Weitere Angaben:</b>	Sind Sie frisch operiert und wenn ja, wo? _____	o ja	o nein

**Zahnarztpraxis  
Ilka Engel**



**Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen**

Sind Sie schwanger?	o ja	o nein
Falls ja, in welchem Monat?		
Rauchen Sie?	o ja	o nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden?	o ja	o nein
Schnarchen Sie nachts?	o ja	o nein
Leiden Sie unter Tagesmüdigkeit?	o ja	o nein
Es besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse bzw. Versicherung die Kosten für eine Schnarcherschiene erstattet.		
Sollen wir sie dabei unterstützen ?	o ja	o nein
Wir stellen Ihnen kostenfrei ein Messgerät zur Verfügung, welches die Atemstörungen während des Schlafes misst.		
Die Auswertung erfolgt anschließend in unserer Praxis.		
Zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gern aufgeklärt/ beraten werden möchten?		
<hr/>		
<hr/>		
<b>Durch wen wurden Sie empfohlen?</b>		
<hr/>		
<b>Möchten Sie alle 6 Monate an die nächste Vorsorgeuntersuchung erinnert werden?</b>		
	o ja	o nein
<p>Unsere Praxis ist eine Bestell-/Terminpraxis, d.h. um für Sie unnötige Wartezeiten zu vermeiden, vereinbaren wir mit Ihnen individuelle, feste Behandlungstermine. Diese Termine sind nur und ausschließlich für Sie reserviert. Bei versäumten bzw. nicht mindestens 24 Std. vorher abgesagten Terminen, haben wir keine Gelegenheit, die bereits fest reservierten Zeiten erneut zu vergeben. Daher bitten wir Sie ausdrücklich, Termine die nicht wahrgenommen werden können, rechtzeitig mindestens 24 Std. vorab abzusagen. Sollten Sie versäumen, nicht oder nicht rechtzeitig Ihre Termine abzusagen, sind wir angehalten, Ihnen die ausgefallenen Behandlungszeiten gemäß § 611, Satz 3, SGB nach den gültigen Behandlungsentgelten der gesetzlichen oder privaten Krankenkassen in Rechnung zu stellen (siehe auch § 615, BGB).</p> <p><b><i>Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass es nach jeder zahnärztlichen Behandlung, mit einer örtlichen Betäubung, zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen kann. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.</i></b></p>		
Datum:	<hr/>	Unterschrift:
	<hr/>	<hr/>
	<hr/>	<hr/>