

Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns einen Eindruck über Ihre Mundgesundheit machen können, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen ist es notwendig, diesen Erhebungsbogen möglichst genau auszufüllen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes. Wir speichern Ihre Daten und die Behandlungsdokumentation nach den gesetzlichen Vorgaben. Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ sind in der Praxis einsehbar.
Auch wenn die Telefonnummer eine freiwillige Angabe ist, ist diese für uns sehr wichtig, um Sie kurzfristig erreichen zu können.

Persönliches

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____		
Straße/Nr.	_____	Telefon*	_____		
PLZ/Ort	_____	Mobilnummer*	_____		
Beruf*	_____	Telefon geschäftlich. *	_____		
E-Mail*	_____	Hausarzt*	_____		
Versicherung/ Krankenkasse	_____	Liegt ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> ja, Stufe: _____ <input type="checkbox"/> nein _____		
<i>gesetzlich versichert</i>	<input type="radio"/>	<i>privat versichert</i>	<input type="radio"/>	<i>Zusatzversicherung*</i>	<input type="radio"/>

Falls mitversichert, bitte folgend Angaben zum Hauptversicherten:

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Straße/Hausnummer	_____	PLZ/Ort	_____

Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Sie zurzeit schwanger?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein



*freiwillige Angabe

**Liegt ein aktueller Medikamentenplan vor oder besitzen Sie einen Herzpass o.ä.?
Wir kopieren/scannen dies gerne für unsere Unterlagen!**

Herz-/Kreislaufkrankungen	Ja	Nein	Medikamente/Bemerkungen
Hoher Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Niedriger Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzklappenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Herzschrittmacher/Stents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Endokarditis/ Prophylaxe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Angina Pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infektionskrankheiten			Medikamente/Bemerkungen
HIV / AIDS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis A, B oder C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Variante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
MRSA (Krankenhauskeime)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstige Erkrankungen			Medikamente/Bemerkungen
Blutverdünnung/Blutgerinnungsstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lungenerkrankung (z.B. Asthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Rheuma/ Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Nerven/ psychische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Augenerkrankung (z.B. Grüner Star)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tumorerkrankung / Chemotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstige Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Besteht eine Abhängigkeit? (z.B. Drogen, Medikamente, Alkohol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche?
Nehmen Sie noch weitere Medikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, welche?
Allergien/Unverträglichkeiten			Wenn ja, wogegen?
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lokalanästhesie/ Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sonstiges (z.B. Latex, Pflaster)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben und stimmen der Speicherung Ihrer persönlichen Daten ausdrücklich zu. Sie verpflichten sich, alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend mitzuteilen.

Ort, Datum	Unterschrift