

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. 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.

Patient:	Name	Vorname	geb. am																																																																																																																																															
Versicherter:	Name	Vorname	geb. am																																																																																																																																															
Versicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzliche Versicherung	<input type="checkbox"/> private Versicherung	Krankenkasse:																																																																																																																																															
	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Vollversicherung																																																																																																																																																
	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt																																																																																																																																																
	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung	<input type="checkbox"/> Basistarif																																																																																																																																																
Zutreffendes bitte ankreuzen																																																																																																																																																		
Anschrift:	Straße	PLZ	Ort																																																																																																																																															
Tel.	mobil	E-Mail																																																																																																																																																
Arbeitgeber	Beruf	Tel. dienstlich																																																																																																																																																
Name und Anschrift Ihres Hausarztes:																																																																																																																																																		
Haben Sie einen Pflegegrad:																																																																																																																																																		
Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?			Bitte ausfüllen oder ankreuzen																																																																																																																																															
			<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Herzkrankungen:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Herzschwäche (Insuffizienz)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Herzasthma, Angina pectoris</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Herzschrittmacher</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kreislaufkrankungen:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> zu hoher Blutdruck</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> zu niedriger Blutdruck</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Herzinfarkt, wann?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Einnahme gerinnungshemmender Medikamente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Ohnmachtsanfälle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Stoffwechselerkrankungen:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Magen-Darm-Erkrankungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Schilddrüsenerkrankungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Erkrankungen des Nervensystems:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> epileptiforme Anfälle/Krämpfe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bluterkrankungen:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Blutungsneigungen (Hämophilie)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Blutarmut (Anämie)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Allergien:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Ekzeme</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Penicillin-Überempfindlichkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Asthma</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Besitzen Sie einen Allergiepass?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Überempfindlichkeit gegen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infektionskrankheiten:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Tuberkulose</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> chronischer Erkrankungen der Atemwege - Husten etc.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Aids, HIV-positiv</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Immunsystem:</td> <td>Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welchen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige Erkrankungen:</td> <td colspan="3">.....</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?</td> </tr> <tr> <td rowspan="6">Weitere Angaben:</td> <td>Sind oder waren Sie drogenabhängig?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sind Sie frisch operiert und wenn ja, wo?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sind Sie schwanger? (Wenn ja, in welchem Monat?)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege nutzen Sie?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Datum / Unterschrift</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Patient / Versicherter</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: right;">Bitte wenden!</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Herzkrankungen:			Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreislaufkrankungen:			zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen:			Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Nervensystems:			epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen:			Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien:			Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Überempfindlichkeit gegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten:			Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronischer Erkrankungen der Atemwege - Husten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aids, HIV-positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen:			Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?				Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie frisch operiert und wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie schwanger? (Wenn ja, in welchem Monat?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege nutzen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum / Unterschrift		Patient / Versicherter				Bitte wenden!	
	Ja	Nein																																																																																																																																																
Herzkrankungen:																																																																																																																																																		
Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Kreislaufkrankungen:																																																																																																																																																		
zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Herzinfarkt, wann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Stoffwechselerkrankungen:																																																																																																																																																		
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Erkrankungen des Nervensystems:																																																																																																																																																		
epileptiforme Anfälle/Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Bluterkrankungen:																																																																																																																																																		
Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Allergien:																																																																																																																																																		
Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Überempfindlichkeit gegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Infektionskrankheiten:																																																																																																																																																		
Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
chronischer Erkrankungen der Atemwege - Husten etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Aids, HIV-positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																
Immunsystem:	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
Sonstige Erkrankungen:																																																																																																																																																	
Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?																																																																																																																																																		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?																																																																																																																																																		
Weitere Angaben:	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	Sind Sie frisch operiert und wenn ja, wo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweisheft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	Sind Sie schwanger? (Wenn ja, in welchem Monat?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege nutzen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																															
Datum / Unterschrift		Patient / Versicherter																																																																																																																																																
		Bitte wenden!																																																																																																																																																

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Wir danken Ihnen für das Vertrauen, dass Sie die Gesundheit Ihrer Zähne in unsere Verantwortung geben. Damit wir besser auf Ihre Wünsche und Probleme eingehen können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten bzw. Zutreffendes ankreuzen. Vielen Dank!

1. Mein letzter Zahnarztbesuch war am _____
2. Heute komme ich wegen:
 - Zahnschmerzen
 - Zahnfleischbluten / -entzündung
 - weil ich Probleme mit meinem Zahnersatz / Prothese habe.
 - ich bin mit der Farbe / Form / Stellung meiner Zähne nicht zufrieden.
 - ich habe Interesse an Bleaching.
 - andere Gründe _____
3. Ich bin auf die Praxis aufmerksam geworden, wurde empfohlen durch:
 - Familie, Freunde, Bekannte
 - Internet, Google _____
 - andere Ärzte, Zahnärzte _____
4.
 - Ich bin an Informationen zur Zahnpflege (Prophylaxe) interessiert.
 - Ich möchte regelmäßig an meinen Vorsorgetermin erinnert werden. (Recall)
 - Zur Erhaltung meiner Zähne würde ich private Leistungen übernehmen, die von den gesetzlichen Krankenkassen (AOK, DAK etc.) nicht übernommen werden. Wir werden Sie vorher über die Kosten genau informieren.

Nennen Sie uns auch bitte alle Veränderungen Ihres Gesundheitsstatus (neu auftretende Erkrankungen, Änderungen der Medikation etc.) sofort.

Ich willige ein, dass vor umfangreichen Behandlungen, Auskünfte bei EURO-PRO Gesellschaft für Data Processing mbH o.ä. Anbietern, zu meiner Bonität eingeholt werden dürfen. Diese Auskünfte fallen unter die Schweigepflicht und werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Unsere Praxis ist nach einem Terminsystem organisiert. Dies bedeutet für Sie geringe Wartezeiten und eine ungestörte Behandlungszeit, in der wir uns optimal um Ihre Probleme kümmern können. Wir bitten Sie daher, Termine, die Sie nicht einhalten können, mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei nicht eingehaltenen Terminen behalten wir uns vor, die entstandene Verweilzeit in Rechnung zu stellen.

Es gilt hierfür eine Gebühr von **95,- EUR / 30 Minuten** reservierte Behandlungszeit als vereinbart.

Für die Online-Terminverwaltung haben wir die „Doctolib GmbH“ beauftragt. Ich willige ein, dass notwendige Daten, wie Name, E-Mail, Telefonnummer etc. unter strenger Einhaltung der DSGVO an diese Firma übermittelt werden. Zu vereinbarten Terminen werden Sie per E-Mail und/oder SMS benachrichtigt.

Ich willige eine Speicherung meiner notwendigen Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und Aufbewahrungsfristen ein.

Potsdam, den _____

Unterschrift _____