

Allgemeiner Erhebungsbogen

Wir freuen uns, Sie in unserer zahnärztlichen Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir uns bestmöglich auf Ihre Behandlung vorbereiten können, möchten wir Sie bitten, diesen Bogen vollständig auszufüllen. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben auf das Strengste der ärztlichen Schweigepflicht in unserer Praxis unterliegen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Patient: _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mitglied: _____
 Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse: _____
 Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Telefonnummer _____

Kr.kasse: _____ pflichtversichert freiwillig versichert beihilfeberechtigt

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Was führt Sie zu uns? (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Wurde Ihnen unsere Praxis empfohlen? Wenn ja, von wem? _____
 Wann in etwa war Ihre letzte Zahnbehandlung? _____

Haben Sie jetzt Zahnschmerzen? Haben Sie geleg. Zahnfleischbluten? Knirschen Sie? Knackt Ihr Kiefer geleg.?
 Haben Sie an Ihren Zähnen Verunreinigungen festgestellt, die Sie nicht mit der Zahnbürste entfernen können?
 Sind Sie unzufrieden mit der Farbe Ihrer Zähne? Haben Sie schiefe Zähne, die Sie stören?
 Welche anderen Probleme haben Sie mit Ihren Zähnen? _____

Wenn Sie z.Zt. in ärztlicher Behandlung stehen, wegen welcher Krankheit werden Sie behandelt? (Siehe unten!)

Wie lautet der Name Ihres Hausarztes? _____

Herzerkrankungen:	Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/>	Herzarrhythmien <input type="checkbox"/>	Bypassoperation <input type="checkbox"/>
	Zustand n. Infarkt <input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>	Herzklappenersatz <input type="checkbox"/>
Kreislaufferkrankungen:	niedriger Blutdruck <input type="checkbox"/>	hoher Blutdruck <input type="checkbox"/>	Angina pectoris <input type="checkbox"/>
	Durchblutungsstör. <input type="checkbox"/>	Schlaganfall <input type="checkbox"/>	Ohnmacht <input type="checkbox"/>
Bluterkrankungen:	Blutarmut <input type="checkbox"/>	Bluter <input type="checkbox"/>	
Stoffwechselerkrankg.:	Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenüberf. <input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunterf. <input type="checkbox"/>
Magen-Darm:	Magenerkrankung <input type="checkbox"/>	Darmerkrankung <input type="checkbox"/>	
Nervenerkrankung:	Epilepsie <input type="checkbox"/>		
Augenerkrankungen:	Grüner Star <input type="checkbox"/>	Glaukom <input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen:	Asthma <input type="checkbox"/>	Bronchitis <input type="checkbox"/>	
Nierenerkrankungen:	Blasenerkrankung <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung <input type="checkbox"/>	Dialyse <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen:	Gelbsucht <input type="checkbox"/>	Hepatitis (A,B,C) <input type="checkbox"/>	

Leiden oder littten Sie an folgenden Erkrankungen?

Hautkrankheiten HIV bzw. AIDS Tuberkulose Tumorerkrankungen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____
 Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente allergisch? _____

Weitere Angaben: Sind Sie Allergiker(in)? wogegen? _____
 Sind oder waren Sie drogen- oder alkoholabhängig?
 Sind Sie frisch operiert? wann? _____
 Sind Sie schwanger? welcher Monat? _____
 Wurden Sie in den letzten 12 Monaten im Kopf-, Kiefer-, Zahnbereich geröntgt?

Wo? _____

Weitere wichtige administrative Informationen:

Besitzen Sie ein vollständig geführtes Bonusheft (Eintragung der letzten 5 Jahre)?
 Möchten Sie von uns an Ihre halbjährlichen Kontrolltermine erinnert werden?

Hinweis zur Verkehrsuntüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen:

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluß von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Kennntnisnahme bestätigt und für die Richtigkeit der gemachten Angaben zeichnet:

 Datum Unterschrift