

Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Zur Vorbereitung für eine zahnärztliche Behandlung

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Bitte beachten Sie, dass die von Ihnen gemachten Angaben auf das strengste der ärztlichen Schweigepflicht unserer Praxis unterliegen. Sie dienen lediglich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Zum Teil sind sie gesetzlich vorgeschrieben. Sollten Ihre Angaben elektronisch gespeichert werden, unterliegen sie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

Name: _____ **Vorname:** _____
Straße: _____ **PLZ, Ort:** _____
Telefonnr.: _____ **Handy:** _____
Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Bitte ausfüllen und / oder ankreuzen

		Ja	Nein
Sind Sie in ärztlicher Behandlung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandelnder Arzt			
Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?			
Herzerkrankungen	Herzschwäche		
	Unregelmäßiger Herzschlag		
	Herzasthma, Angina Pectoris		
	Herzschrittmacher		
Kreislaufkrankungen	zu hoher Blutdruck		
	zu niedriger Blutdruck		
	Zustand nach Herzinfarkt		
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente		
	Ohnmachtsanfälle		
Stoffwechsel-Erkrankungen	Zuckerkrankheit		
	Magen-Darm-Erkrankungen		
	Schilddrüsenerkrankungen		
Erkrankungen des Nervensystems	Krämpfe / epileptische Anfälle		
	Anfallsleiden:		
Bluterkrankungen	Blutungsneigung		
	Blutarmut		
Allergien	Ekzeme		
	Penicillin-Allergie		
	Asthma		
	Besitzen Sie einen Allergiepass?		
	Überempfindlichkeit gegen:		
Infektionskrankheiten	Leberentzündungen / Gelbsucht (Hepatitis A oder B)		
	Tuberkulose		
	Chronische Erkrankung der Atemwege / Husten		
	HIV		
Immunsystem	Leiden Sie an Erkrankungen des Immunsystems?		
	Morbus Crohn		
	Colitis Ulcerosa		
	Lupus Erithematodes		
	Neurodermitis		
Sonstige Erkrankungen			
Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?			
Sonstiges	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mendig, den _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten