



Liebe Patientin, lieber Patient,

Eine verantwortungsvolle zahnärztliche Behandlung berücksichtigt auch allgemein medizinische Erkrankungen, deswegen bitte ich Sie, den Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihrer persönlichen Karteikarte beigelegt. Bitte beachten Sie, daß diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, meine Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Patientin/Patient

Herr/ Frau/ Kind	Name	Vorname	geb.
<hr/>			
Anschrift	Straße	Nr.	Telefon-privat:
<hr/>			
	Postleitzahl	Ort	
<hr/>			
Beruf	Telefon-Arbeit/Handy:		
<hr/>			
Krankenkasse	freiwillig <input type="checkbox"/>	pflichtversichert <input type="checkbox"/>	
<hr/>			
Hausärztin/Hausarzt	Vorherige Zahnärztin/Zahnarzt		
<hr/>			
Empfohlen durch			
<hr/>			

Versicherter (wenn nicht Patient)

	Name	Vorname	geb.
<hr/>			
Anschrift	Straße	Nr.	Telefon
<hr/>			
	Postleitzahl	Ort	
<hr/>			

Hatten/haben Sie eine der folgenden Krankheiten?	Ja	Nein		Ja	Nein
Asthma (schwere Atemnot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen/Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Geschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unverträglichkeit von Medikamenten ggf. welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdruck niedrig	niedrig <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	hoch <input type="checkbox"/>	ggf. Werte?	
<hr/>					
Herz/Kreislaufferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie Schwanger? Welcher Monat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ggf. welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Leiden Sie unter einer HIV-Infektion, Hepatits A, B, C o. ä.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haben Sie Bisphosphonate (> Osteoporose) eingenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Creutzfeldt Jakob	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Immunsuppressiva ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit der Erfassung und Bearbeitung meiner Daten durch die Praxis EDV bin ich einverstanden und stimme auch der Weitergabe meiner Datei an zahnärztliche Kolleginnen/Kollegen in dieser Praxis zu.

Nach sämtlichen Behandlungsmaßnahmen, die mit einer lokalen Anästhesie verbunden sind bin ich für ca. 3 Stunden fahrtüchtig.

Datum

Unterschrift

