



Patienten-Erhebungsbogen für die zahnärztliche Behandlung

(Bitte spätestens alle 3 Jahre neu ausfüllen)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, Ihren

Gesundheitszustand bei der Behandlung zu berücksichtigen. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Persönliches

Name / Vorname _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Tel. Festnetz _____ Tel. mobil _____

E-Mail _____ Beruf _____

Arbeitgeber _____

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung ja nein

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Nr. _____ PLZ / Ort _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name _____ Ort _____

Tel. _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Google Jameda Praxis-Homepage Empfehlung

Bitte ankreuzen

1. Leiden Sie an Zahnfleischbluten? ja nein

2. Haben Sie zu hohen Blutdruck? ja nein

3. Haben Sie zu niedrigen Blutdruck? ja nein

4. Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Herzens?

- Herzklappenfehler ja nein

- Herzklappenprothesen ja nein

6. Haben oder hatten Sie eine der nachstehend aufgeführten Erkrankungen?

- Zuckerkrankheit ja nein

- Erkrankungen des Blutes, z.B. langes Nachbluten, Blutgerinnungsstörungen ja nein

- Allergien, z.B. Heuschnupfen ja nein

- **Haben Sie einen Allergiepass?** ja nein

Ausgestellt von: _____

- Schilddrüsenerkrankung ja nein



Bitte ankreuzen	ja	nein		ja	nein
-Herzinnenhautentzündung/Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Liegt bei Ihnen Mundgeruch (Halitosis) vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Lebererkrankung/Hepatitis [A] [B] [C]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- durch Sie selbst festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Rheuma/rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- von anderen erfahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nehmen Sie Medikamente ein, die die Blutgerinnung hemmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Anfallsleiden, z.B. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vertragen Sie bestimmte Medikamente nicht? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Magen-Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			- HIV/Immunschwäche AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			- Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Falls ja, welche? _____		
9. Bestehen z. Zt. sonstige Erkrankungen? Falls ja, welche? _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?					

11. Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? Datum (ungefähr): _____ Organ: _____					
12. Für Patientinnen: Sind Sie schwanger? Falls ja, welche Woche? _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Waren Sie innerhalb der letzten zwei Jahre im Krankenhaus oder in ärztlicher Behandlung?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sonstige Anmerkungen und Informationen:					

Bitte beachten Sie:

Eine örtliche Betäubung (Lokalanästhesie) kann Ihre Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr sowie der Bedienung von Maschinen beeinträchtigen.

- Ich bin damit einverstanden, von der Zahnarztpraxis Dr. Jürgen Ohlmeier Informationen per E-Mail zu erhalten und kann meine Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen.

Datum

Unterschrift