


Liebe Patientin, lieber Patient,

bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deswegen bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit * gekennzeichnete Angaben sind freiwillig.

IHRE DATEN

| | | |
|-------------------------|---------------------|------------|
| Name | Geburtsdatum | Geburtsort |
| Adresse | PLZ, Ort | |
| Telefon | E-Mail* | |
| Beruf/Arbeitgeber* | Telefon dienstlich* | |
| Name Ihrer Krankenkasse | | |

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmittglied sind, wer ist Versicherter?

| | |
|------|--------------|
| Name | Geburtsdatum |
|------|--------------|

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

| | JA | NEIN | | JA | NEIN |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzinfarkt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Chronische Bronchitis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tuberkulose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzmuskelentzündung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Grüner Star | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rhythmusstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Rheuma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzklappenersatz | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Osteoporose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluthochdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| HIV-Infektion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Niedriger Blutdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Angina pectoris | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hepatitis/Gelbsucht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaganfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Epilepsie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluterkrankungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Krankenhauskeim MRSA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tragen Sie einen Schrittmacher? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tumorerkrankung/Krebs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Wurden Sie am Herzen operiert? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

bitte wenden

