

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

viele Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf Ihre zahnärztliche und oralchirurgische Behandlung haben. Um die bestmögliche Therapie für Sie zu finden, benötigen wir Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Wir möchten Sie deshalb bitten, den vorliegenden Erhebungsbogen sorgfältig durchzulesen und auszufüllen. Alle Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

### PATIENT

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Emailadresse: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  privat  gesetzlich  Beihilfe  private Zusatzversicherung

Name der Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

HAUSARZT: \_\_\_\_\_

ÜBERWEISER: \_\_\_\_\_

BITTE GEBEN SIE AN, OB BEI IHNEN FOLGENDE ERKRANKUNGEN BESTEHEN ODER EINST BESTANDEN.

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Hoher Blutdruck (Hypertonie)  ja  nein

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)  ja  nein

Herzinfarkt  ja  nein

Herzfehler  ja  nein

Herzklappenersatz  ja  nein

Endokarditis  ja  nein

Herzschrittmacher / ICD  ja  nein

### Lungenerkrankungen

Asthma  ja  nein

COPD  ja  nein

### Stoffwechselerkrankungen

Zuckerkrankheit (Diabetes)  ja  nein

Schilddrüsenerkrankungen  ja  nein

## Allergien

Bestehen Allergien?  ja  nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

## Infektionskrankheiten

HIV / AIDS  ja  nein

Hepatitis (A, B, C, D, E)  ja  nein

## Sonstige Erkrankungen

Nierenerkrankungen  ja  nein

Lebererkrankungen  ja  nein

Magen-Darm-Erkrankungen  ja  nein

(insbes. M. Chron / Colitis ulcerosa)

Anfallsleiden (Epilepsie)  ja  nein

Grüner Star (Glaukom)  ja  nein

Rheumatische Erkrankungen  ja  nein

Tumorerkrankungen  ja  nein

Bestrahlung / Chemotherapie  ja  nein

Sonstige Erkrankungen  ja  nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

letzter Anfall: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Weitere Fragen

Bestehen zurückliegende Operationen?  ja  nein

Wann und an welcher Körperstelle wurden Sie zuletzt geröntgt?

Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Nehmen Sie gerinnungshemmende  
Medikamente (z.B. ASS, Marcumar®)?  ja  nein

Nehmen Sie Medikamente für den  
Knochenstoffwechsel (z.B. Alendronsäure  
XGeva®, Zometa®)?  ja  nein

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

im \_\_\_\_\_ Monat

falls ja, wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine Erinnerung für Kontrolluntersuchungen?  ja, per SMS  ja, per Email  nein

Wünschen Sie eine Erinnerung für Ihre vereinbarten Termine?  ja, per SMS  ja, per Email  nein

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_