

## Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen sorgfältig auszufüllen. Er ist Bestandteil Ihrer persönlichen Unterlagen und dient ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

**Patient:**

\_\_\_\_\_

Name

Vorname

Geburtsdatum

**Mitglied:**

\_\_\_\_\_

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ O pflichtversichert O freiwillig versichert

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_

PLZ

Ort

Straße und Haus-Nr.

**Telefon:**

\_\_\_\_\_

Festnetz

**Handy** (für evtl. kurzfristige Rückfragen)

e-mail: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: O ja O nein

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen – vielen Dank!**

**ja    nein**

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wegen welcher Krankheit: \_\_\_\_\_  ja  nein

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_  ja  nein

Haben oder hatten Sie ein Leberleiden (Hepatitis/ Gelbsucht)?  ja  nein

Leiden Sie an Herz-, Kreislauf- oder Gefäßerkrankungen?  ja  nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Defibrillator?  ja  nein

Haben Sie manchmal Atemnot oder Brustbeschwerden?  ja  nein

Müssen Sie oft husten?  ja  nein

Husten Sie manchmal auch Blut oder Schleim?  ja  nein

Leiden Sie an Asthma oder Bronchitis?  ja  nein

Haben Sie Bluterkrankungen oder abnorme Blutungsneigung (z.B. nach Verletzungen)  ja  nein

Leiden Sie an Diabetes?  ja  nein

Leiden Sie an grünem Star (Glaukom)?  ja  nein

Haben Sie ein Prostataleiden?  ja  nein

Haben Sie ein Schilddrüsenleiden?  ja  nein

**Bitte weiter auf der Rückseite !**

**Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen – vielen Dank.**

**ja    nein**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  
Wenn ja, welche:

  

---

Reagierten Sie jemals überempfindlich auf irgendwelche Substanzen oder  
Arzneien bzw. haben Sie Allergien? Wenn ja, wogegen ?

  

---

Sind Sie Raucher/Raucherin?

  

Hatten Sie Tuberkulose (Tbc)?

  

Leiden Sie an AIDS?

  

Sind Sie schwanger?  
(Teilen Sie uns bitte jede Schwangerschaft mit)

weiß nicht

  

Haben Sie Angst vor der Zahnbehandlung oder gibt es Erlebnisse während  
zahnärztlicher Behandlung, über die Sie mit uns sprechen möchten?

  

Haben Sie manchmal Zahnfleischbluten?

  

Halten Sie es für nützlich, dass wir Sie über Erkenntnisse im Bereich der  
Zahnpflege informieren?

  

Würden Sie sich leicht mit einer herausnehmbaren Prothese abfinden?

  

Leiden Sie oft an Kopfschmerzen oder Verspannungen im Gesichts-  
oder Nackenbereich?

  

Würden Sie sich als nervös oder stressanfällig bezeichnen?

  

Haben Sie Schluckbeschwerden?

  

Leiden Sie an Rheuma oder anderen Knochen- oder Gelenkproblemen?

  

Existieren Zahn- bzw. Kieferröntgenbilder jüngerer Datums?

  

Zahnmedizinische Aspekte, über die Sie gerne aufgeklärt werden möchten:

  

---

### **Wichtige Information bei Terminabsagen:**

**Um unnötige Wartezeiten zu verhindern, vergeben wir unsere Termine nach einem Bestellsystem.  
D.h. diese Zeit ist nur für Sie, als Patient, reserviert.**

**Falls Sie einen Termin einmal nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie rechtzeitig (spätestens 24  
Std. im Voraus) abzusagen, damit wir Ausfallzeiten kompensieren können.**

**Wir behalten uns vor, für zu spät oder gar nicht abgesagte Termine, ein Ausfallhonorar in Höhe von  
50,-€/30 Min. zu berechnen (gem. § 615 BGB und § 280 Abs. 1 BGB).**

**Wir bitten um Ihr Verständnis.**

---

Datum

---

Unterschrift