



Sehr geehrter Patient,

wir sind aus versicherungstechnischen Gründen dazu verpflichtet, Sie in regelmäßigen Abständen über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu befragen.

Füllen Sie bitte deswegen diesen medizinischen Erhebungsbogen aus. Der Bogen wird Ihrer persönlichen Karteikarte angefügt und alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

<b>Patient:</b>	Name: _____	Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
-----------------	-------------	----------------	-------------------

<b>Versicherter:</b>	Name: _____	Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
----------------------	-------------	----------------	-------------------

<b>Anschrift:</b>	Straße: _____		Hausnummer: _____
	PLZ: _____	Ort: _____	Telefon: _____

<b>Krankenversicherung/Kasse:</b>
-----------------------------------

<b>Für privat versicherte Patienten:</b>	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> Basisversichert
--	---	--

### Medizinische Befunderhebung:

Herzerkrankung, Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher/künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Herzpass vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsneigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gerinnungshemmer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blutungsneigung/Bluterkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes/Zuckerkrankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lebererkrankung (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



Magen-/Darmerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lungenerkrankung/Asthma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nasen-/Nebenhöhlenerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
Haben/hatten Sie sonstige schwere Operationen/Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	<input type="text"/>	
Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?	<input type="text"/>	
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?	<input type="text"/>	

Name, Anschrift, Telefonnummer Ihres Hausarztes:

**Ich verpflichte mich, bei Veränderung meines Gesundheitszustandes meinen behandelnden Zahnarzt vor einer weiteren Behandlung darüber zu informieren.**

Datum

Unterschrift