

**Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen**

Patient: \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_ Geb.Ort \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte zahnärztliche Behandlung ? \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt ? \_\_\_\_\_

| Besteht bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?         | Ja                       | Nein                     | Falls Sie mit JA antworten, bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen                        |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| Allergie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Anfallsleiden (Epilepsie)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Atemwegserkrankungen                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Blutgerinnungsstörung                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Nehmen Sie Medikamente?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Welche?</b> _____   |
| Einnahme gerinnungshemmender Medikamente?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Diabetes (welcher Typ)                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Welche?</b> _____   |
| Herz-Kreislauf-Erkrankung                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Herzschrittmacher  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Herzklappenfehler/ersatz                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Osteoporose  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Bekommen Sie eine Bisphosphonat-Therapie?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Glaukom (grüner Star)?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Infektionserkrankungen                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| <i>Hepatitis, HIV, AIDS</i>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Krankenhausinfektion z.B. MRSA                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Lebererkrankungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Magen-Darm-Erkrankungen                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Nierenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Rheumatoide Arthritis                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Schilddrüsenerkrankungen                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Tumorerkrankungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Trinken Sie Alkohol ?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Rauchen Sie?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wie viele am Tag? _____  |
| Besteht eine körperliche , geistige psychische Behinderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Wenn ja , werden Sie betreut ?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falls vorhanden, <b>Schwerbehindertenausweis</b> und <b>Betreuerausweis</b> bitte vorlegen |
| Name bitte angeben   |                          |                          | _____  |
| Operationen im Mund- Kiefer Bereich                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| <b>Sonstiges:</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Besitzen Sie eine Knirscherschiene?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Tragen Sie ein Hörgerät?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Tragen Sie Zahnersatz?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Was für einen ? _____ Wie alt ist dieser? _____  |
| Besteht eine Schwangerschaft?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SSW : _____  |
| Durch wen haben Sie von uns erfahren?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |
| Wer hat uns empfohlen?                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____  |

-----  
Datum, Unterschrift, ggf. Unterschrift des Erziehungsberechtigten