

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"/>	Welche? _____
Einnahme gerinnungshemmender Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes (welcher Typ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____
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, Schwerbehindertenausweis und Betreuerausweis bitte vorlegen
Name bitte angeben			_____
Operationen im Mund- Kiefer Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges:	<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