

## Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

Auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie, diesen Erhebungsbogen auszufüllen. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen beigelegt. Bitte beachten Sie, dass diese zum Teil gesetzlich vorgeschriebenen Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Sie dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Ihre Angaben werden von uns zwar gegebenenfalls elektronisch gespeichert, unterliegen aber den strengen Bestimmungen des Datenschutzes.

<b>Patient:</b>	Name .....	Vorname .....	geb. am .....
<b>Versicherter:</b>	Name .....	Vorname .....	geb. am .....
<b>Versicherung:</b>	<input type="checkbox"/> gesetzliche Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung      Krankenkasse .....		
	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> Vollversicherung	
	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> beihilferechtigt	
	<input type="checkbox"/> Kostenerstattung	<input type="checkbox"/> Basistarif	Zutreffendes bitte ankreuzen
<b>Anschrift:</b>	Straße .....	PLZ .....	Ort .....
Tel. ....	mobil .....	E-Mail .....	
Arbeitgeber .....	Beruf .....	Tel. geschäftlich .....	

**Name und Anschrift Ihres Hausarztes:** .....

Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? Bitte ausfüllen oder ankreuzen

		Ja	Nein
<b>Herzkrankungen:</b>	Herzschwäche (Insuffizienz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzasthma, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kreislaufkrankungen:</b>	zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt, wann? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einnahme gerinnungshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoffwechselerkrankungen:</b>	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erkrankungen des Nervensystems:</b>	epileptiforme Anfälle / Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bluterkrankungen:</b>	Blutungsneigungen (Hämophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allergien:</b>	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Penicillin-Überempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie einen Allergiepass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Infektionskrankheiten:</b>	Leberentzündung/Gelbsucht (Hepatitis A oder B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	chronische Erkrankungen der Atemwege – Husten etc. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aids, HIV-positiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Immunsystem:</b>	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>	.....		
<b>Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Knochenstoffwechselstörungen wie zum Beispiel Osteoporose (sog. Bisphosphonate) bzw. haben Sie diese in der Vergangenheit eingenommen?</b>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? .....</b>			
<b>Weitere Angaben:</b>	Sind oder waren Sie drogenabhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert und wenn ja, wo? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen/möchten Sie ein Röntgennachweiseft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? (Wenn ja, in welchem Monat?) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Welche Hilfsmittel zur Zahnpflege benutzen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sind Sie Profi- oder Leistungssportler? (falls „ja“ siehe Rückseite) .....</b>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift      Patient/Versicherter



Profisportler  Leistungssportler  Breitensportler   
Angestellt bei: Polizei  Bund, Zoll  Verein   
Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam? Trainer, Betreuer, Physio  Sportlerkollegen   
Zufall  Sonstiges   
Ist derzeit Wettkampfphase?  Vorbereitungsphase  Ruhephase

	Ja	Nein
Wurden Sie bereits Sport-Zahnmedizinisch untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie eine Verletzung der Zähne oder Kiefer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Zahnfleischbluten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen aufeinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie mehrfach die gleichen Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie chronische Beschwerden im Bewegungsapparat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trainieren Sie viel im Krafraum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Getränke nehmen Sie an Trainingstagen zu sich? .....

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel zu sich? Welche: .....

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!*

*Diese Einverständniserklärung dient dem Schutz Ihrer persönlichen Daten vor dem Zugriff Unbefugter. Wir bitten Sie, sich diese genau durchzulesen und auszufüllen. Vielen Dank. Ihr Praxisteam*

### **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger(Krankenkasse), Fachzahnärzte, Hausärzte und Fachärzte übermittelt werden. Auch einer Übermittlung per Fax oder E-Mail wird zugestimmt.

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Dr. med. Elke Memel Fachzahnärztin f. Allg. Zahnheilkunde Geschwister-Scholl-Str. 76 14471 Potsdam