



Name	Vorname	Krankenkasse
Geburtsdatum		Beihilfestelle (z.B. bei Beamten) Zusatzversicherung für Zahnbehandlungen
Straße und Hausnr.		Krankenkassenmitglied Name Vorname
PLZ Ort		Geburtsdatum
Tefelefon Mobil		Beruf
E-Mail		Arbeitgeber

Fragebogen über bestehende Erkrankungen:

Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Deshalb bitten wir Sie um Beantwortung des folgenden Fragebogens. Er wird Ihren persönlichen Unterlagen angefügt. Bitte beachten Sie, dass diese Angaben der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und Ihrer eigenen Sicherheit dienen.

Ja Nein

Stehen Sie in dauernder ärztlicher Behandlung?

HERZ

- Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)
- Tragen Sie einen Herzschrittmacher?
- Herzschwäche (Insuffizienz)
- Herzinfarkt
- Herz OP (Stent, Herzklappe ...)
- Herzrhythmusstörungen

KREISLAUF

- Erhöhter Blutdruck
- Zu niedriger Blutdruck

BLUT

- Blutarmut
- Blutungsneigung
- Gerinnungshemmende Medikamente

LUNGE

- Asthma/chronische Bronchitis
- Tuberkulose

NERVENSYSTEM

- Anfallsleiden
- Depressionen
- Sonstige

Bestehen sonstige Erkrankungen?

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Sind Sie schwanger? Welcher Monat?

Wann war Ihre letzte Röntgenuntersuchung?

Ihr Zahnarzt

Bitte nennen Sie den Arzt oder Zahnarzt, der Sie überwiesen hat.

Falls Sie nicht durch Überweisung zu uns gekommen sind, wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Datum Unterschrift

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärztin innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit auf schriftlichen Antrag unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann. Zusätzlich habe Ich das Recht auf die Berichtigung

STOFFWECHSEL

- Zuckerkrankheit (Diabetes)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Leberkrankheiten | Hepatitis | Gelbsucht
- Nierenerkrankungen

ALLERGIEN

- Heuschnupfen | Ekzeme
- Medikamenten-Allergie
- Penicillin-Allergie
- Haben Sie einen Allergie-Pass

WIRBELSÄULE

- Osteoporose
- Bandscheibenvorfall
- Leiden Sie an einem bösartigen Tumor (Krebskrankung)
- Sind oder waren Sie jemals drogenabhängig?
- Sind Sie Hepatitis B oder Hepatitis C positiv?
- Sind Sie HIV-positiv?

Diese Angaben werden wie alle anderen streng vertraulich behandelt!

Ihr Hausarzt