

## Erhebungsbogen über vorhandene Erkrankungen

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

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

Patient: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Versicherter: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse

pflichtversichert  Privatversicherung: \_\_\_\_\_  
 freiwillig versichert

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl Ort Strasse Telefon-Nr. privat Telefon-Nr. gesch.

Arbeitgeber:\* \_\_\_\_\_ Beruf:\* \_\_\_\_\_

Name und Anschrift Ihres Hausarztes: .....

		Bitte ausfüllen oder ankreuzen	
Wegen welcher Krankheit werden oder wurden Sie behandelt? .....		ja	nein
<b>Herzerkrankungen:</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>Kreislaufferkrankungen:</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) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Magen-Darmerkrankungen .....	<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>	Leberentzündungen/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 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Immunsystem:</b>	Leiden Sie unter Erkrankungen des Immunsystems? Wenn ja welche? ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	.....		
<b>Sonstige Erkrankungen:</b>	.....		
	Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit? .....		
<b>Weitere Angaben:</b>	Sind oder waren Sie drogenabhängig? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie frisch operiert? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wann wurden Sie zum letzten Mal geröntgt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Besitzen Sie ein Röntgennachweisheft? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sind Sie schwanger? (Welcher Monat? .....) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Patient/Versicherter

**Wir danken Ihnen für Ihre Angaben.**

\* freiwillige Angaben

## **Anamnesebogen 2. Teil**

### **- Herzerkrankung**

(Endokarditis, Myokarditis, künstliche Herzklappe, Herzklappenfehler, künstlicher Gefässersatz, verengte Herzkranzgefäße, angeborener Herzfehler)

Ja

Nein

### **- Besitzen Sie einen Herzpass?**

Ja

Nein

### **- Was ist Ihr derzeitiges Anliegen?**

Schmerzen

Gesundheitsvorsorge

Ästhetik

### **- Haben Sie Angst vor der Behandlung?**

Ja

Nein

### **- Besitzen Sie ein Bonusheft**

Ja

Nein

### **- Möchten Sie von uns an die von Ihrer Krankenkasse empfohlenen Kontrolltermine erinnert werden (kostenfrei)?**

Ja

Nein

### **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?.....**

Ich versichere jede Veränderung meiner Angaben vor einer weiteren Behandlung mitzuteilen.

[Art. 13 DSGVO](#) · [Art. 4 DSGVO](#) · [Art. 28 DSGVO](#) · [Art. 17 DSGVO](#) : Hiermit stimme ich der Verwendung meiner Daten zur Kontaktaufnahme und Abrechnung durch die Zahnarztpraxis Dr. Hofmann zu. Das Merkblatt zur DSGVO im Wartezimmer Aushang habe ich hiermit zur Kenntnis genommen.

Desweiteren stimme ich der Versendung und Einsichtnahme meiner Unterlagen (Röntgenaufnahmen/erforderliche Behandlungsdaten ) an Mitbehandler und Überweiser ( MKG/KFO/ ZA) zu.

Diese Zustimmung kann ich jederzeit widerrufen.

Ich bin unterrichtet, dass Injektionen (Betäubung eines Zahnes) die Reaktionsfähigkeit im Straßenverkehr beeinträchtigen können.

Ich entbinde hiermit Herrn Dr. Hans Haderer gegenüber Frau Dr. Heidrun Hofmann von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass Frau Dr. Heidrun Hofmann und Kollegen, Einsicht in die vorhandenen Aufzeichnungen und Unterlagen nimmt ( Betrifft nur Altpatienten von Dr. Haderer).

Datum:.....

Unterschrift.....

Vielen Dank! Ihre Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.